

DE
L'INFANTICIDE PAR STRANGULATION

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 29 Mars 1895

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

LOUIS-GABRIEL PHILIPPON

Né le 2 Août 1864, à Rochessauve (Ardèche).



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTE DE MÉDECINE

4, RUE GENTIL, 4

Mars 1895

Série 1.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

N° 1042

DE
L'INFANTICIDE PAR STRANGULATION

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 29 Mars 1895

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

LOUIS-GABRIEL PHILIPPON

Né le 2 Août 1864, à Rochessauve (Ardèche).



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTE DE MEDECINE

4, RUE GENTIL, 4

Mars 1895

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. Doyen.
GAYET. Assesseur.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUGHACOURT, CHAUVEAU, BERNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.		OLLIER.
Clinique ophtalmologique.		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		FOCHIER.
Clinique des maladies mentales.		GAYET.
Physique médicale.		GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique.		PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie.		MONOYER.
Matière médicale et Botanique		HUGOUNENQ
Zoologie et Anatomie comparée.		CAZENEUVE.
Anatomie.		FLORENCE
Anatomie générale et Histologie.		LORTET.
Physiologie.		TESTUT.
Pathologie interne.		RENAUT.
Pathologie externe.		MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales.		TEISSIER.
Anatomie pathologique.		AUGAGNEUR.
Médecine opératoire.		MAYET.
Médecine expérimentale et comparée.		TRIPPIER
Médecine légale.		POLLOSSON (MAURICE)
Hygiène.		ARLOING.
Thérapeutique.		LACASSAGNE.
Pharmacie.		X.
		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants	MM. WEILL,	agrégé.
Accouchements.	POLLOSSON (Aug.)	—
Botanique.	BEAUVISAGE.	—

AGRÉGÉS

MM. BEAUVISAGE.	MM. DIDELOT.	MM. ROCHET.	MM. VIALLETON.
CONDAMIN.	GANGOLPHE.	RODET.	WEILL.
COURMONT.	JABOULAY.	ROLLET (ÉTIENNE)	BARRAL et MOREAU
DEROIDE.	LANNOIS.	ROQUE.	chargés des fonctions d'ag. ég.
DEVIC	PERRET.	ROUX.	
	POLLOSSON (Aug.)		

M. ÉTIEVANT, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THESE

M. LACASSAGNE, Président; M. SOULIER, Assesseur; MM. LANNOIS et ROUX, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE

A. RAVEL

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MON FRÈRE

A MES SŒURS

A MON BEAU-FRÈRE

A MES ONCLES, A MES TANTES

A MES AMIS

A Mon Président de Thèse

M. LE PROFESSEUR LACASSAGNE

A MM. LES MÉDECINS ET CHIRURGIENS

de l'Hôpital du Mans

INTRODUCTION

Celui qui n'écrit que pour satisfaire à un devoir dont il ne peut se dispenser, à une obligation qui lui est imposée a droit à l'indulgence de ses lecteurs.

(LA BRUYÈRE)

Nous avons l'intention d'exposer brièvement les lésions que l'on rencontre à l'autopsie d'un nouveau-né, victime de strangulation opérée soit avec un lien, soit avec les mains ou combinée avec la suffocation, en insistant sur ce point qu'il peut arriver que, dans un accouchement clandestin, il se produise une strangulation accidentelle due, soit à une circulaire du cordon, soit aux efforts faits par la femme pour se délivrer elle-même.

En parcourant les différents ouvrages traitant cette question, nous avons pu voir qu'il existe à ce sujet quel-

ques désaccords entre les principaux auteurs. Aussi avons-nous pensé qu'il ne serait pas inutile de réunir dans un travail d'ensemble tout ce qui a été fait sur ce sujet et de comparer entre elles les différentes opinions des auteurs.

Notre travail comprendra plusieurs chapitres ; le premier et le second très courts seront consacrés, l'un à l'histoire de la question, l'autre à la définition de l'infanticide et à la fréquence de ce crime commis par strangulation aux autres modes d'infanticide.

Dans un troisième chapitre, nous donnerons les signes externes et internes que l'on rencontre à l'autopsie.

Dans un quatrième chapitre les signes de la strangulation et suffocation combinées.

Enfin, dans un cinquième et dernier chapitre, nous étudierons les causes qui pourraient faire croire à un crime, alors qu'il ne s'agit que d'un accident de la délivrance.

C'est à M. le D^r Hervé, médecin à l'hôpital du Mans, que revient l'idée première de ce travail : c'est lui qui, dans ses conversations amicales, a attiré notre attention sur cette partie de la médecine légale et a bien voulu, avec de savants conseils, nous communiquer trois observations ; nous tenons à le remercier publiquement au début de notre travail.

M. le professeur Lacassagne, non content de diriger nos modestes efforts et de mettre son savoir au service de notre inexpérience, a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter

la présidence de notre thèse. Qu'il nous soit permis de le prier d'accepter ici l'expression de notre profonde reconnaissance pour tous les services qu'il nous a rendus.

M. le D^r Henri Coutagne a bien voulu nous communiquer trois observations : nous sommes heureux de pouvoir lui exprimer tous nos remerciements.

Pendant notre passage comme interne à l'hôpital du Mans, MM. les D^{rs} Rocher, Le Bail, Drouin, Mélisson et Goutard, nous ont tous prodigué des marques d'intérêt et de sympathie ; nous les prions de vouloir bien croire à notre profonde reconnaissance pour l'enseignement clinique dont nous avons pu profiter dans leur service.

Enfin, durant le cours de nos études, tant à la Faculté que dans les hôpitaux, nous avons rencontré, auprès de MM. les professeurs et chefs de service, un accueil si bienveillant, que notre premier devoir, en terminant nos études médicales, est de leur adresser nos sincères remerciements.

DE

L'INFANTICIDE PAR STRANGULATION

CHAPITRE PREMIER

Définition. — Historique.

La strangulation forme une espèce distincte parmi les causes de mort qui agissent sur l'entrée des voies respiratoires.

Le professeur G. Tourdes (dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*) en donne la définition suivante : « Un acte de violence qui consiste en une constriction exercée directement, soit autour, soit au-devant du cou, et ayant pour effet, en s'opposant au passage de l'air, d'arrêter brusquement la respiration et la vie. »

C'est le résultat de la constriction exercée sur le cou, soit par les mains, soit par un lien, soit par le cordon ombilical comme dans le sujet qui va nous occuper.

L'historique médical de la strangulation a peu de documents anciens. Hippocrate la mentionne dans un de ses aphorismes (sect. 2, aph. 43) pour tirer un pronostic de

la présence de l'écume. Fortunatus Fidelis en parle sommairement. *Si quispiam fune sit strangulatus.*

Chez les Romains, nous ne trouvons presque aucune donnée, et cela pour deux raisons :

La première, c'est que ce peuple qui fut surtout un peuple pratique et qui le prouva bien par l'admirable développement qu'il donna aux études du droit, eut néanmoins un droit criminel fort imparfait, et cela parce qu'à Rome la médecine n'eut aucune influence sur son développement.

A Rome, il est vrai, quand un individu avait succombé à une mort violente, on l'exposait publiquement sur le forum, mais chacun donnait son avis ; une autopsie ne fut jamais faite et il n'existait pas d'examen judiciaire, tous ces procédés auraient blessé le culte des morts et les sentiments religieux.

La seconde des raisons, c'est que l'infanticide était considéré comme chose permise chez les peuples anciens et que par conséquent le législateur se souciait fort peu de savoir par quel genre de mort il avait été commis.

Tout le monde sait, en effet, combien souvent le gouffre de la barathre à Sparte, le Tibre à Rome étaient les témoins d'infanticides ; infanticides ayant en quelque sorte le caractère légal et comme autorisé par les mœurs.

Sous l'influence chrétienne, ce crime devient l'objet de la réprobation la plus absolue et de la répression la plus sévère ; la peine de mort était celle de l'infanticide.

C'est à partir de ce moment aussi que les recherches médicales commencent à tenir une place dans les questions se rattachant aux attentats contre la vie des nouveau-nés.

Gallien nous donne les premières indications relatives à la docimasie pulmonaire, qui n'a été introduite dans la pratique de la médecine qu'à la fin du xvii^e siècle.

Enfin, dans un chapitre où nous essayons de rechercher les premières traces de la strangulation au point de vue médical, on nous permettra de citer un ouvrage oriental paru au xi^e ou xii^e siècle, le *Si-Yuen-Lu*, sorte de compendium de médecine légale et de jurisprudence médicale.

Dans cet ouvrage que nous avons pu connaître, grâce aux travaux du D^r Ernest Martin, nous voyons signaler quelques-uns des caractères de la strangulation, nous y voyons traiter aussi des questions ayant trait à l'infanticide.

En France, il faut arriver à la Renaissance pour avoir quelques données. Ce n'est, en effet, qu'en 1347 que la Faculté de Montpellier obtint du pape l'autorisation d'ouvrir les cadavres. Les résultats d'une semblable autorisation ne se firent pas attendre longtemps; et déjà en lisant les œuvres d'Ambroise Paré, nous y trouvons les signes de la mort d'un enfant nouveau-né mort par suffocation (on sait que ces signes sont ceux de la strangulation à l'exception des lésions de la région du cou).

« Il y a grande apparence que le petit enfant mort aura esté estouffé par sa nourrice, qui se sera endormie sur luy en l'allaitant, *ou autrement par malice* si le dit enfant se portoit bien et ne se plaignoit de rien au précédent; s'il a la bouche et le nez plein d'escume, si a le reste de la face non pâle et blâfarde mais violette et comme cire de pourpre; si ouvert est trouvé avoir les poulmons pleins d'air escumeux. »

En 1704, Littre dans les *Mémoires à l'Académie des*

Sciences, Morgagni (*De sedibus et causis morborum*) en rapportent des cas isolés. Louis, dans deux consultations, recherche les signes qui indiquent que la strangulation a précédé la suspension. Mais suivant la remarque de Tardieu, la strangulation confondue dans l'histoire de la suspension n'occupe qu'une place restreinte dans l'histoire de la médecine légale.

Foderé pose quelques-unes des questions qui se rattachent à la strangulation proprement dite, il montre la nécessité de distinguer l'étranglement simple de celui que détermine la pendaison, mais les deux études restent confondues.

Des traités riches en matériaux sur la question, tels que ceux d'Orfila, de Devergie, les articles STRANGULATION (du *Dictionnaire des sciences médicales* en 60 vol. 1821) et (du *Dict. Répertoire*, 2^e édition, 1844) présentent le même inconvénient.

La lecture des *Annales d'hygiène et de médecine légale* nous fournit de nombreux documents. Nous citerons aussi les observations de Saint-Amand, Caussé, Ollivier d'Angers, Rendu, de Jacquier en 1831, de Casper dans ses *Nouvelles* en 1863 et de Liman en 1867.

Dans son étude médico-légale sur l'infanticide parue en 1868, Tardieu consacre un long chapitre à étudier l'infanticide par strangulation.

En 1870, le même auteur fait paraître son étude médico-légale sur la pendaison, la *strangulation* et la *suffocation*. Par cette publication et aussi par ses travaux antérieurs, Tardieu a rendu à la science le service de séparer nettement ces trois genres de mort, aussi bien dans la doctrine que dans le langage médical.

Depuis cette époque, la strangulation a été l'objet de travaux particuliers, et elle a sa place distincte dans les traités généraux. Son histoire est retracée dans les travaux de Taylord, Legrand du Saulle, Lacassagne, Lutaud, Hoffmann, Briand et Chaudé.

Nous occupant de la strangulation des nouveau-nés, nous devons faire une mention spéciale des travaux de Decaisne, Négrier, Taufflieb, Klein, Hohl, Saenger.

Enfin, divers traités d'obstétrique fournissent aussi des renseignements sur cette question qui tient une large place dans l'histoire de l'infanticide.

CHAPITRE II

Fréquence de ce genre d'infanticide comparé aux autres.

Bien que nous ne devions, dans le cours de notre travail, nous occuper que d'un seul mode d'infanticide, on nous permettra de donner ici une définition de ce mot.

L'article 300 du code pénal nous dit : « Est qualifié infanticide le meurtre de l'enfant nouveau-né. » Nous aimerions une définition plus précise, car elle ne nous indique nullement le laps de temps pendant lequel cette qualification peut-être appliquée à l'enfant. Les médecins légistes ne sont pas d'accord sur la définition qu'il convient de donner à cette période de la vie.

Dans un arrêt de la Cour de Cassation rendu en 1835, nous trouvons une explication à ce texte de loi : « Le nouveau-né est l'enfant au moment où il vient de naître, ou dans un temps très rapproché de la naissance. »

Cette définition adoptée par Tardieu n'eut pas pour

effet de trancher définitivement la question, car les divergences ont persisté.

Plusieurs auteurs ont encore donné des définitions, Parrot, Billard, Ollivier (d'Angers). Ce dernier, comme le dit notre ami le Dr Dumas (dans sa thèse inaugurale, Lyon, 1892) semble bien inspiré lorsqu'il adopte un caractère anatomique facile à percevoir, la chute du cordon ombilical.

Dans la thèse de son élève, le Dr Saint-Cyr (*Du cordon ombilical au point de vue judiciaire*, thèse de Lyon, 1891) le professeur Lacassagne dit : « Si l'on veut tenir compte du terme nouveau-né qui se trouve énoncé dans la loi, et des notions scientifiques certaines, on doit dire que l'enfant est nouveau-né pendant le temps assez rapproché de la naissance qui permet de constater que cet enfant perd ses caractères fœtaux et s'acclimate à la vie. »

Pour nous, nous adopterons les limites proposées par M. le professeur Lacassagne, limites qui ne dépassent guère le quatrième ou cinquième jour de la vie extra-utérine.

Pour ce qui a rapport à la fréquence de l'infanticide, nous rappelons ce que nous disait, il y a quelques jours, M. le Dr Henri Coutagne, à qui nous demandions des observations.

« Les infanticides, nous disait-il, deviennent moins nombreux : cette décroissance est due à l'antisepsie ».

En effet, grâce aux mesures antiseptiques, l'avortement est très facile et se provoque presque sans danger ; aussi les filles mères jugent-elles qu'il est plus prudent et plus facile de faire disparaître une grossesse que d'essayer plus tard de se débarrasser d'un nouveau-né.

Pour prouver par des chiffres ce que nous avançons, il va nous suffire de citer la statistique criminelle de France de M. le professeur Lacassagne qui s'étend de 1825 à 1890.

Nous voyons le nombre s'élever d'abord pour décroître ensuite.

L'année 1830	nous fournit	82	infanticides.
— 1840	—	147	—
— 1850	—	175	—
— 1860	—	251	—

A partir de 1870 le nombre commence à décroître et :

L'année 1880	nous fournit	182	infanticides,
— 1890	—	193	—

Dans un autre tableau, nous voyons que le nombre des infanticides varie beaucoup suivant les saisons. C'est ainsi que sur une série de 7107 infanticides, nous voyons :

Le mois de décembre	en fournir	542
— janvier	—	647

Mais c'est au mois de mars que le nombre en s'élevant à 783 atteint le maximum. Ce nombre baisse ensuite pour atteindre 638 en juin et enfin arriver à 500 pour juillet et août.

Ce crime a souvent suscité des campagnes de presse, mais c'est en vain que leurs auteurs ont réclamé des peines sévères contre celles qui s'en rendent coupables.

Pour preuve de ce que nous avançons, nous allons mettre sous les yeux du lecteur un extrait du *Bulletin offi-*

ciel du Ministère de la Justice, le dernier paru ; nous voyons que pour l'année 1891 on a :

Nombre des accusées. . . .	151
Nombre d'affaires. . . .	146

La statistique nous prouve bien que les parquets n'ont pas hésité à poursuivre chaque fois que les dénonciations avaient l'apparence de la vérité puisque nous voyons poursuivre 146 personnes sur 151 ; mais en continuant la lecture nous remarquons :

Circonstances atténuantes accordées : 95 pour 100

Nous voyons en outre que les magistrats se sont associés à l'indulgence du jury dans une large mesure et que pour un grand nombre ils ont épuisé leur pouvoir d'atténuation en abaissant la peine.

Pour produire son crime la mère emploie des procédés bien différents. Dans la thèse du D^r Chartier, Lyon, 1891 (*Autopsies des nouveau-nés*), nous trouvons une série d'observations fournies par M. le professeur Lacassagne.

Sur 14 fois dans lesquelles la mort fut reconnue criminelle, nous avons :

Suffocation	5
Strangulation	3
Strangulation et suffocation combinées . .	1
Aspersión de liquide caustique	1
Submersion dans les fosses d'aisance . .	1
Fracture du crâne	1
Dépeçage.	2

En réunissant le cas de strangulation et de suffocation combinées aux 3 cas de strangulation, nous voyons que l'infanticide a été commis 4 fois par strangulation sur 14 cas, ce qui nous donne une proportion de 28,5 pour 100.

CHAPITRE III

Signes de l'infanticide par strangulation.

La strangulation est un genre de mort que subissent assez souvent les nouveau-nés. Mais quelle que soit la rapidité avec laquelle on commet ce crime, il est bien rare qu'entre la naissance et la mort, la respiration n'ait pas lieu ne fût-ce que quelques instants, et que l'épreuve hydrostatique ne révèle un crime dont on constate ensuite la nature par les traces matérielles que ces violences auront laissées sur le cadavre, les unes à l'extérieur, variables suivant le mode d'étranglement; les autres ayant pour siège les organes internes et plus constantes, sinon plus caractéristiques.

L'étranglement laisse le plus souvent à l'extérieur des traces apparentes, mais celles-ci n'acquièrent pour le médecin expert une signification réelle, qu'à la condition d'être exactement décrites, étudiées avec soin, et nettement dégagées de toutes les autres marques plus ou

moins analogues qui peuvent se produire, soit à la région du cou, soit ailleurs, sous l'influence de diverses causes. Parmi ces traces extérieures de la strangulation, il en est de communes à tous les genres et *d'autres qui sont propres à chaque mode particulier d'étranglement.*

Les signes communs à tous les genres de strangulation, que l'on rencontre à l'extérieur, consistent principalement dans l'état de la face. Ne nous occupant que de la question infanticide, nous ne parlerons pas des blessures en général assez nombreuses que l'on rencontre presque toujours chez l'adulte et qui, si souvent, compliquent la strangulation. Il semble, en effet, que presque tous les meurtriers, par un concert odieux, se rencontrent dans la même pensée : frapper d'abord un coup vigoureux pour étourdir la victime et l'achever en l'étranglant.

L'altération de la physionomie est d'autant plus marquée que la résistance a été plus vive ; aussi chez le nouveau-né où on peut la *considérer comme nulle*, les désordres de la face sont-ils peu apparents. Il n'est pas rare de voir un sang spumeux s'écouler par les narines, la langue sort quelquefois de la bouche.

Mais le signe le plus constant, c'est la formation d'ecchymoses très nombreuses et de très petites dimensions sur la face, sous la conjonctive, au-devant du cou et de la poitrine.

Nous devons dire ici cependant, que bien que pendant longtemps les auteurs aient regardé comme signe essentiel de la strangulation les ecchymoses circulaires, les extravasations sanguines dans le tissu cellulaire sous-cutané de l'empreinte que présente le cou ; les opinions se sont transformées sur ce point et que tout le monde

admet aujourd'hui avec Orfila que « si l'étranglement opéré avec la main, avec un lacet ou avec une corde, produit une lésion locale appréciable, cette lésion consiste bien plus souvent en une coloration brune de la peau, sans qu'il y ait du sang épanché dans le tissu cellulaire sous-cutané, qu'en une ecchymose ou un épanchement de sang dans ce tissu ».

Outre ces signes extérieurs, communs à tous les genres de strangulation, on trouve, principalement au cou, des traces dont la nature varie d'après le mode suivant lequel elle a été opérée et qui, par cela même, offrent en médecine légale une plus grande importance, puisqu'ils peuvent éclairer directement l'expert sur les circonstances mêmes du crime.

STRANGULATION PAR LES MAINS

La strangulation par les mains est la plus fréquente, les signes en sont caractéristiques et presque tous les doutes sont levés quand on voit de chaque côté du cou et vers le milieu des régions cervicales et sous-maxillaires des excoriations plus ou moins nombreuses, reproduisant très exactement la forme des ongles, dont les tissus délicats du nouveau-né gardent aisément l'empreinte.

Dans un chapitre de sa thèse, le Dr Villebrun a très bien étudié les lésions produites par les ongles. La trace laissée, dit-il, « varie suivant que la main se déplace ou non ; si la main ne se déplace pas, les ongles impriment sur la peau ou sur les muqueuses des sillons courbes qui représentent exactement leur courbure et leur dimension.

Si la main ou la partie sur laquelle elle s'applique viennent à se mouvoir, l'ongle agit en égratignant. Il se produit tantôt une érosion superficielle, sans caractère bien tranché, ordinairement elliptique, tantôt une érosion plus ou moins longue, limitée parfois à ses deux extrémités par une ligne courbe indiquant la forme d'un ongle. La ligne concave correspond au point où l'ongle s'est arrêté ».

La forme de ces excoriations curvilignes est une des meilleures preuves de la strangulation par les mains, et on voit que, si la lésion a été produite avec une certaine violence, la peau est excoriée, le derme peut être même déchiré et la blessure s'accompagner d'un épanchement de sang, surtout si un plan résistant est sous-jacent à la peau. La plaie formée par l'ongle est d'abord d'un rouge vif, mais elle ne tarde pas à devenir plus sombre et souvent une petite plaie peut se former. Ces excoriations sont, en général, peu nombreuses chez les nouveau-nés, parce qu'ici la victime offre peu de résistance; mais par contre les plaies produites sont un peu plus profondes.

Il arrive quelquefois aussi, lorsque la pression a été très forte, lorsque les excoriations produites ont fait disparaître une quantité notable d'épiderme, qu'on peut trouver à la partie antérieure du cou des empreintes parcheminées, mais peu marquées et ne pouvant pas se confondre avec le sillon continu que laisse la strangulation produite par un lien.

Le cou, nous dit Tardieu dans son étude médico-légale sur l'infanticide, est parfois sillonnée de longues écorchures linéaires, comme si l'ongle avait glissé sur l'enduit sébacé qui revêt les téguments du nouveau-né; ces

excoriations sont entremêlées d'ecchymoses peu visibles sur la peau, mais qui s'étendent très profondément dans les parties sous-jacentes.

On trouve souvent du sang infiltré par place et qui a fusé pour ainsi dire entre les faisceaux musculaires. Le larynx en est quelquefois entouré. Il faut noter aussi que dans la strangulation infanticide les violences ne restent pas toujours exclusivement bornées au cou : et l'on rencontre assez souvent des ecchymoses s'étendant jusque sur les joues, les oreilles et les régions temporale et occipitale et jusque sur la colonne vertébrale.

L'importance de ces données très grande dans tous les cas de strangulation nous semble encore accrue quand il s'agit de nouveau-né. En effet nous avons ici des tissus d'une délicatesse extrême et gardant mieux par conséquent les traces de pression et de violence. Il nous souvient à cet effet que dans une leçon M. le professeur Lacassagne nous a rapporté le cas d'un infanticide par strangulation dans lequel une des empreintes du cou correspondait parfaitement avec celle d'un doigt déformé par un panari.

Nous dirons aussi que des traces de matières organiques quelconque, des poussières de fer, de charbon, etc., peuvent être un indice précieux et mettre sur la voie du coupable.

Chez les nouveau-nés, comme chez les personnes dont la résistance est faible, on a très souvent l'empreinte de la main du meurtrier.

Les ecchymoses produites par les doigts et les empreintes d'ongles ont au cou une disposition différente suivant que l'assassin a agi avec la main droite, ou avec la main gauche, ou avec les deux mains à la fois. Quand la strangula-

tion se fait avec la main droite on ne trouve à droite que l'empreinte du pouce, à gauche celle des autres doigts. Si le meurtrier est gaucher la disposition est inverse.

Nous citerons à ce propos une observation du professeur Tourdes : « Sur un enfant nouveau-né mort par strangulation, nous retrouvâmes à la partie antérieure du cou les traces de cinq doigts disposées de telle manière que la main gauche devait les avoir produites. La mère était gauchère et cette circonstance devint une des preuves accablantes du crime qui fut avoué ».

Néanmoins avant de formuler une conclusion, on ne devra pas oublier comme le dit le Dr Vibert dans son *Précis de médecine légale* qu'on peut concevoir qu'une main droite portée sur le cou en pronation forcée produise une empreinte analogue à celle de la main gauche placée dans la situation ordinaire, intermédiaire entre la pronation et la supination.

Enfin comme le dit très bien le Dr Jobert dans une des conclusions de sa thèse :

« Le médecin expert doit savoir qu'un homme peut être ambidextre. Cette particularité n'est souvent pas remarquée de l'entourage, mais l'expert en tiendra compte dans ses appréciations. »

Pour terminer ce paragraphe nous dirons que quelquefois les lésions extérieures peuvent faire défaut, ou du moins n'être pas apparentes au moment où le cadavre est soumis à l'examen. Il est rare qu'elles manquent complètement, mais ce qui l'est beaucoup moins c'est de constater une inégalité et un défaut de rapport très marqués entre les signes extérieurs et les lésions profondes que détermine la strangulation.

Cette circonstance se produira surtout dans les cas où la constriction du cou aura été exercée sur une grande étendue, soit lorsqu'il y aura eu entre la main et le cou une interposition d'un linge ou d'un tissu mou quelconque.

Nous ajouterons enfin que, chez l'adulte et le vieillard, la strangulation produite par les mains peut quelquefois, mais ces cas sont très rares, produire des désordres graves sur le larynx ou la trachée et déterminer la fracture des cartilages thyroïde et cricoïde, *mais jamais on ne constate ces lésions chez le nouveau-né.*

Chez ce dernier, en effet, le tissu cartilagineux du larynx et de la trachée possède une souplesse telle qu'il peut sans se rompre subir toute sorte de déformation.

M. le Dr Henri Coutagne nous a dit n'avoir jamais pu produire de fracture des cartilages du larynx sur des cadavres de jeunes enfants ; nous avons aussi essayé nous-même et, quelle que soit la force employée, nous n'avons pu y arriver.

STRANGULATION PAR UN LIEN

Tout corps long, flexible et d'une résistance suffisante peut servir de moyen de strangulation, mais dans l'histoire de l'infanticide par strangulation nous voyons le plus souvent apparaître des objets ayant appartenu à des femmes, un cordon de tablier comme dans une de nos observations, une attache de bonnet, quelquefois un fil de laine doublé un certain nombre de fois pour donner une consistance assez forte, une jarretière élastique, etc.

Les impressions sont diverses comme les liens et y correspondent, le sillon le plus souvent transversal, presque horizontal, est en rapport avec la forme et l'épaisseur du lien qui l'a occasionné. Il est le plus souvent horizontal et complet, mais il n'est pas également marqué sur tous les points de la circonférence, il arrive même quelquefois qu'il est interrompu en quelques endroits.

Le sillon, avons-nous dit, prend la forme du corps qui l'a produit, c'est ainsi que nous voyons un sillon étroit mais profond produit par un fin lacet de soie, tandis qu'au contraire le sillon devient plus large, moins apparent si la strangulation a été produite par un foulard, un fichu assez large. Si les liens présentent des nœuds, nous remarquons qu'aux endroits correspondants à ces derniers le sillon est plus large et moins profond. Dans ces cas, il arrive quelquefois que l'excoriation manque et l'empreinte parcheminée ne se produit pas.

Les corps rudes et durs tels que les cordes de chanvre déterminent par place de petites excoriations et l'empreinte se parchemine facilement. Ce sillon parcheminé est le résultat de l'excoriation de l'épiderme ; les expériences sur le cadavre ne laissent aucun doute à cet égard, mais une pression prolongée n'est pas étrangère à cet état.

Un foulard mou, une serviette peuvent ne laisser que de faibles traces et, à ce propos, Tardieu fait remarquer que, dans la dépression qu'a laissée le lien, la peau peut ne présenter aucun changement de texture, ni de consistance, aucun amincissement avec condensation particulière de son tissu. On a rencontré dans ces cas le sillon mou et blanc non parcheminé, sans excoriation, sans suffusion sanguine dans le derme ni au-dessous.

Ici encore, comme dans la strangulation par les mains, nous observons la suffusion sanguine, mais elle est moins commune et peut ne pas exister, car la compression des vaisseaux du cou rend sa production moins facile.

L'expert devra prendre garde aussi de ne point prendre pour un sillon produit par des manœuvres criminelles une raie circulaire que l'on peut observer chez les nouveau-nés dont le cou est court et chargé de graisse ; cette raie circulaire qui est située à la partie antérieure du cou est d'autant plus prononcée que la tête est restée fléchie. Le refroidissement du cadavre durcit la graisse en hiver surtout et rend ce pseudo-sillon permanent. Ce sont des sillons pâles, mous, anémiques, blanchâtres surtout au fond du pli, mais qui parfois sur les parties saillantes prennent une teinte assez rouge.

Un examen attentif ne tarde pas à lever les doutes, on ne trouve en effet aucune trace de compression des tissus et, si on déplisse la peau, on constate l'intégrité de l'épiderme et l'absence de tout état traumatique.

Les lésions que nous venons de décrire sont celles que l'on rencontre le plus souvent dans la strangulation par un lien. Il faut peu de force en effet pour étrangler un enfant et la pression du cou ne laisse souvent que de faibles traces.

Signes internes. — Après avoir décrit les signes extérieurs que laisse la strangulation, soit qu'elle ait été pratiquée avec les mains ou avec un lien, il nous reste à décrire les lésions internes, c'est-à-dire celles du poumon et du cœur et des viscères en général.

Nous n'oublions pas que dans une question d'infanticide il ne s'agit pas seulement de rechercher les lésions pro-

duites par la compression des voies respiratoires, l'expert doit tout d'abord s'assurer que l'enfant a vécu d'une vie propre.

Les preuves de la vie du nouveau-né sont données par deux ordres de signes (*Précis de médecine judiciaire*, du professeur Lacassagne). Les uns montrent que l'enfant a respiré, les autres qu'il y a eu circulation du sang, et dans les cas de blessure, coagulation du sang extravasé. La preuve la plus importante est fournie par l'examen de l'appareil respiratoire. Il y a deux sortes de recherches que l'on emploie communément : l'*examen physique des poumons*, la *docimasie hydrostatique*.

Si maintenant nous passons à l'étude des lésions, nous voyons que les organes de la respiration présentent les phénomènes suivants : l'écume dans les voies aériennes, les ecchymoses sous-pleurales et l'emphysème.

Le plus souvent chez les nouveau-nés victimes de strangulation, on observe de l'écume dans le larynx, dans la trachée et très souvent dans les bronches. Très généralement, cette écume est en grande quantité, elle est sanguinolente et rosée et s'écoule dès que l'on incise les poumons. Plus souvent encore que chez l'adulte, on trouve, sous la membrane muqueuse laryngo-trachéale ou à sa surface, des infiltrations et des exsudations de sang coagulé.

Souvent aussi on trouve sur le poumon des traces sous-pleurales connues sous le nom de taches de Tardieu. Voyons quelle est leur signification :

Tardieu, *Traité de l'infanticide*, dit : « On trouve à la surface du poumon de petites taches d'un rouge très foncé, presque noir, dont les dimensions varient sur les

poumons d'un enfant nouveau-né, depuis celles d'une tête d'épingle jusqu'à celles d'une petite lentille, et gardent, quoique plus larges chez l'adulte, les mêmes proportions. Leur nombre est extrêmement variable. Tantôt réduit à cinq ou six, il peut s'élever jusqu'à trente ou quarante et devenir, dans certains cas, si considérable que le poumon offre exactement l'apparence du granit. On les voit parfois réunies entre elles et agglomérées, de manière à former des plaques, des espèces de marbrures. Dans tous les cas, elles sont exactement circonscrites, et leur contour très arrêté se détache des parties voisines et tranche plus ou moins fortement sur la teinte générale du poumon. Leur siège n'est pas moins régulier que leur nombre; cependant, on les trouve le plus souvent à la racine des poumons, à la base et principalement sur le tranchant du bord inférieur. Ces taches sont formées par de petits épanchements sanguins, disséminés sous la plèvre et provenant de la rupture des vaisseaux les plus superficiels du poumon.

« Rarement on trouve en même temps des infiltrations limitées et de véritables noyaux apoplectiques dans l'épaisseur même du tronc pulmonaire. Ces caractères anatomiques ont du reste l'avantage de persister tant que le tissu n'est pas détruit. J'ai retrouvé des ecchymoses sous-pleurales distinctes après dix mois sur le poumon d'un fœtus qui avait séjourné dans une fosse d'aisance. »

On voit, par la longue durée de leur persistance, quelle importance considérable ont ces taches dans l'autopsie médico-légale du nouveau-né. Mais nous devons dire que Tardieu les spécialisait trop. En résumé, disait-il, les

ecchymoses sous-pleurales et sous-crâniennes constituent les lésions anatomiques vraiment caractéristiques de la mort par suffocation et d'autant plus importantes qu'elles peuvent exister sans la moindre trace de violence extérieure.

La valeur de ces signes a été contestée, et, malgré les efforts de Tardieu pour faire de ces taches le signe caractéristique de la mort par suffocation, on les trouve dans tous les genres de mort par asphyxie.

Aussi, pour ce qui concerne la strangulation, nous ne retiendrons que la conclusion si importante de N. Legroux :

« En faisant encore des réserves, s'il s'agit d'individus très jeunes, les ecchymoses sous-pleurales *très nombreuses* indiquent la suffocation, *un peu moins nombreuses*, la strangulation ; *moins nombreuses encore*, la pendaison ».

Les ecchymoses sous-pleurales doivent donc être considérées comme un des signes qui appartiennent à la strangulation. Elles sont d'autant plus nombreuses et d'autant plus prononcées que la mort a été précédée d'une résistance plus longue et d'efforts plus violents. L'âge des sujets influe sur la production de ce phénomène, la fragilité des capillaires y prédispose. Les ecchymoses sont d'autant plus abondantes que les sujets sont plus jeunes. Parfois, ajoute Tardieu, « on voit que la plèvre est en outre soulevée par places par de petites plaques d'un blanc argenté, ressemblant à une pellicule pseudo-membraneuse et qui ne sont autre chose que des groupes de vésicules pulmonaires rompues et de l'air infiltré sous la séreuse et réuni en bulles très fines. Ce caractère de la strangula-

tion n'est jamais plus tranché que sur les poumons du nouveau-né ».

Le cœur n'offre rien d'essentiel ; point d'ecchymoses ; point d'extravasations sanguines ; quelquefois il est vide ; le plus souvent, il y a un peu de sang noir et tout à fait fluide.

Le cerveau n'offre en général qu'un médiocre degré de congestion sanguine et Tardieu dit qu'on le trouve exempt d'altération plus souvent que congestionné. Il y a cependant des exceptions et Tourdes, dans *Dictionnaire de Dechambre*, rapporte un cas dans lequel il a pu constater l'existence d'une nappe sanguine, épanchée à la surface d'un des hémisphères cérébraux, sur un enfant nouveau-né étranglé avec l'aide des mains.

Quand la strangulation a été produite par un lien, on rencontre quelquefois une rupture de la *membrane interne de la carotide*, et cette lésion est, en quelque sorte, caractéristique de la strangulation par un lien. Il semble difficile en effet que la pression des mains soit assez précise pour aller atteindre directement le vaisseau.

Dans une observation prise dans le *Précis de médecine légale* du Dr Ch. Vibert, nous voyons que cet auteur a trouvé à l'autopsie d'un nouveau-né étranglé par un lien, une déchirure de la membrane interne de la carotide gauche, déchirure occupant les trois quarts de la périphérie du vaisseau et, à ce niveau, il existait une suffusion sanguine de la paroi. Nous avons vu au musée de M. le professeur Lacassagne le dessin d'un enfant nouveau-né, étranglé par un lien et à l'autopsie duquel on avait trouvé des deux côtés une déchirure de la membrane interne des carotides.

CHAPITRE IV

Strangulation et suffocation combinées.

Les cas où les nouveau-nés sont à la fois étranglés et étouffés ne sont pas rares. Alors on trouve sur les cadavres des lésions mixtes appartenant à la fois à la suffocation et à la strangulation.

Tantôt on voit des traces de violences sur la bouche, l'aplatissement persistant du nez, venant s'ajouter à celles déjà décrites à propos de la strangulation par les mains, tantôt on trouve des corps étrangers dans les fosses nasales, dans la bouche et jusque dans le pharynx.

La présence de ces corps étrangers n'est pas sans rendre la tâche de l'expert particulièrement difficile.

Il peut arriver en effet qu'une femme qui se délivre elle-même produise avec ses ongles quelques excoriations à la région du cou de son enfant, mais sans intention criminelle, et que l'enfant succombe pour une cause quelconque. Si alors un ennemi au courant de la situation et

dans l'intention de faire planer des soupçons d'infanticide sur la mère, vient à introduire un corps étranger dans les voies respiratoires de l'enfant, il sera de toute importance que l'expert puisse constater s'il a été introduit pendant la vie de l'enfant, et ici nous ne pouvons mieux faire que de reproduire les judicieuses observations de M. Devergie.

« Lorsque la suffocation a été produite par un tampon de linge plié et fortement serré, la cavité de la bouche et celle du pharynx, allant en diminuant jusqu'à l'œsophage, les parties les plus profondément situées, sont aussi celles où la compression est plus forte. De cette pression inégale résulte un état particulier de la membrane muqueuse du palais et du pharynx dans les divers points de son étendue, ainsi qu'une coloration différente des deux extrémités du tampon; dans la partie la plus profonde de l'arrière-bouche, là où la compression a été plus forte, la membrane muqueuse est blanche, amincie, sans aucune trace d'injection vasculaire, en deçà de ce point, cette membrane est rouge ou violacée, tuméfiée et épaissie, à cause de l'obstacle que le tampon a opposé à la circulation du sang. Ce tampon lui-même est imprégné d'humidité, mais non taché de sang, dans les points où la pression a été plus forte; quelquefois même il est sec dans ses replis intérieurs. Au contraire, la portion de ce tampon qui est restée libre dans la cavité de la bouche, est humide dans toute son épaisseur, et colorée en rouge vermeil par une exsudation sanguine. » M. Devergie n'ose affirmer que ces phénomènes n'existeraient pas si le tampon n'avait été introduit qu'après la mort naturelle pour simuler un infanticide, mais tout porte à le croire; et lorsqu'ils exis-

tent, s'ils ne sont pas une preuve certaine que le nouveau-né a péri suffoqué, ils établissent du moins les plus graves présomptions.

Dans les *Annales d'hygiène et de médecine légale* de l'année 1882, nous trouvons réunis dans une observation du Dr Laroche les caractères de chacun de ces genres de mort, nous faisons suivre ce chapitre du résumé de cette observation :

En 1880, le nommé G..., et sa servante la fille A..., demeurant dans la Dordogne, étaient soupçonnés d'avoir fait mourir un enfant nouveau-né.

G..., reconnu atteint de folie, est dirigé sur une maison de santé où il ne tarde pas à succomber.

La fille A... avoue le crime, mais en fait porter tout le poids sur son complice qui vient de mourir.

L'enfant soumis à l'examen.

L'état du nez mérite de fixer notre attention. Sa partie osseuse n'offre aucune altération, mais la partie cartilagineuse et musculuse est littéralement aplatie sur la joue gauche, qui elle-même est plus déprimée que la joue droite. L'orifice des narines est complètement fermé, tellement la pression qui l'a déprimé a été forte. Les lèvres sont bleuâtres comme dans l'asphyxie.

Au-dessus de la commissure labiale gauche, se dessine une plaie ayant la forme d'un croissant, regardant en bas et un peu en dedans. Elle intéresse le derme surtout à sa partie moyenne et externe. Elle offre un pourtour d'1 1/2 à 2 centimètres. Cette lésion résulte de l'empreinte de l'ongle du pouce d'un adulte.

Au niveau de la région du cou embrassant toute la partie latérale droite, remontant derrière l'angle de la mâchoire inférieure, se dessine une empreinte nette, tranchant par sa coloration brun rougeâtre avec la teinte blanche des téguments voisins. Par sa forme, par ses dimensions, cette empreinte se présente comme

dessinée au crayon et a la forme et les dimensions du pouce d'un adulte. On en perd la trace au niveau de la trachée et du larynx, pour retrouver une teinte ecchymotique inégale tout le long de la région latérale gauche du cou.

Procédant à la dissection de la région du cou, je constate dans le tissu cellulaire et les muscles de la région droite une extravasation sanguine considérable qui pénètre dans l'intervalle de la trachée, de l'œsophage et de la colonne vertébrale. A la région latérale gauche du cou, le sang est aussi sorti en très grande abondance des vaisseaux, il existe une corrélation parfaite entre les lésions de la peau, et celle que je constate sur une plus grande étendue au-dessous de la peau. Une compression de la plus grande énergie a pu seule les déterminer.

Les organes thoraciques mis à nu montrent qu'il n'y a aucun épanchement dans la cavité pleurale, mais permettent de constater sur un grand nombre de points des ecchymoses, les uns de la grosseur d'un pois, les autres d'un diamètre inférieur.

A l'ouverture de la boîte crânienne on trouve les lésions suivantes. Grandes suffusions sanguines situées entre les méninges et les circonvolutions cérébrales à droite et à gauche.

De la constatation de ces différents faits, le Dr Laroche tire les conclusions suivantes :

La mort a été déterminée par la suffocation et la strangulation.

Les traces de la suffocation sont : l'aplatissement du nez et de la joue gauche ; la plaie circulaire déterminée par l'empreinte de l'ongle au-dessus de la commissure labiale gauche, les *ecchymoses sous-pleurales*, les deux épanchements sanguins constatés sur la voûte du crâne dans le tissu cellulaire séparant le cuir chevelu du périoste ; dans les vastes suffusions sanguines constatées entre les méninges et le cerveau.

Les signes laissés par la strangulation sont :

Pour que l'ongle du pouce du meurtrier ait laissé une trace aussi nette et aussi profonde au-dessus de la commissure labiale gauche, il fallait que la phalange supportant l'ongle fût fléchie à angle droit, dans ces conditions le pouce étant fléchi à angle droit, c'est avec la paume de la main que le meurtrier a aplati le nez de sa victime.

Le nez était aplati, comme collé sur la joue gauche, cette lésion a été déterminée par un violent effort de droite à gauche. Donc le meurtrier, au moment de son crime, était à droite de sa victime.

La plaie en forme de croissant signalée au-dessus de la commissure labiale gauche a été produite par l'ongle de la *main gauche* du meurtrier. La paume de cette même main était appliquée à l'entrée des voies respiratoires.

En même temps le meurtrier de sa main droite, dont le pouce est dessiné comme au crayon à la région du cou, comprimait avec la plus grande violence le larynx et la trachée.

La gravité et l'étendue des lésions démontrent que la main qui les a déterminées était douée d'une force extraordinaire.

Ces pressions ont eu lieu peu de temps après la délivrance, car le cordon de l'enfant n'ayant pas été ligaturé, cet enfant aurait dû mourir d'hémorragie, or le cœur et les gros vaisseaux étaient gorgés de sang.

Après les fatigues et les douleurs d'un accouchement même naturel, après la délivrance, la main d'une femme est impuissante à produire dans ce temps aussi court des désordres aussi multipliés et aussi profonds. Un homme vigoureux seul peut les produire.

Comme nous l'avons déjà dit, nous n'avons cité cette observation que parce qu'il nous a paru que le Dr Laroche y avait très bien décrit les caractères de la strangulation et de la suffocation combinées, mais il est évident que dans un cas semblable nous n'oserions être aussi affirmatif.

Il est impossible d'abord, ce nous semble, d'établir une proportion en quelque sorte mathématique entre l'intensité des manœuvres asphyxiques et les lésions intérieures qu'elles provoquent.

Nous croyons enfin qu'il est très prudent de faire les plus grandes réserves au sujet de l'affaiblissement des femmes qui viennent d'accoucher, surtout quand il s'agit des filles robustes des campagnes.

CHAPITRE V

Causes d'erreur.

La deuxième partie de notre travail traitant des causes d'erreur nous semble de beaucoup la plus difficile. En effet lorsqu'il ne s'agissait que de rechercher les signes de la strangulation, nous avions des données nombreuses, des signes certains, caractéristiques, l'accord était complet chez les auteurs ayant étudié la question.

Mais lorsque la mère affirme que la strangulation est le résultat d'un accident, alors la tâche de l'expert, d'importante qu'elle était, devient délicate et environnée d'obscurités multipliées.

Là un concours de circonstances extraordinaires dépose contre l'innocence ; ici le crime se cache sous les voiles les plus épais. Aussi faut-il une grande sagacité pour prononcer sur l'honneur d'une accusée et ne pas se laisser séduire par de trompeurs indices ou égarer par la prévention.

Il serait regrettable qu'une coupable adresse puisse lui dérober un crime, mais il ne doit pas oublier non plus combien il serait répréhensible, si par sa faute il ne parvenait à isoler un événement malheureux et fortuit des circonstances qui lui donnent les traits du crime.

Un procédé de défense employé très souvent par la mère pour se disculper consiste à dire que la strangulation est le résultat de l'enroulement du cordon autour du cou.

Il n'est pas douteux, en effet, que l'enfant ne vienne souvent au monde le cordon enroulé une, deux ou même trois fois autour du cou, c'est ce que les accoucheurs désignent sous le nom de circulaires du cordon et qu'ils s'accordent à regarder comme extrêmement fréquent, mais qui, disent-ils, ne produisent aucun trouble marqué dans la pluralité des cas.

Parfois cependant, les circulaires peuvent être si serrés que la lumière des vaisseaux est obstruée et que le fœtus succombe par suite de l'arrêt du courant sanguin.

Les chiffres recueillis à la clinique de Nœgelé, par Meyer et ceux qu'a donnés Hol, cités par Casper donnent un mort-né sur vingt-quatre enfants présentant cette disposition : un peu plus de 4 pour 100.

Cette disposition particulière du cordon produisant quelquefois la mort et, dans ces cas, le cadavre du nouveau-né pouvant offrir les phénomènes qui caractérisent l'infanticide par strangulation, il importe au médecin de savoir bien distinguer l'étranglement produit accidentellement par le cordon de celui qui est le résultat de manœuvres criminelles.

Existe-t-il des signes au moyen desquels il soit possible d'établir avec certitude cette distinction ?

Les médecins légistes se sont depuis longtemps efforcés de résoudre cette importante question, mais malheureusement l'accord n'est pas parfait.

Les phénomènes généraux d'asphyxie étant les mêmes pour les deux modes de strangulation, on a cherché des caractères différentiels dans les traces imprimées sur le cou de l'enfant, suivant qu'elles sont produites par le cordon ou bien au contraire par un lien.

Des contradictions très vives se sont élevées au sujet de la formation possible d'ecchymoses sur la peau du fœtus par le cordon enroulé : Klein et Elsaesser la nient formellement. « Jamais, dit le premier, je n'ai observé rien de semblable, quoique j'aie reçu un assez grand nombre d'enfants dont le cou était fortement serré par un ou deux tours de cordon et qui succombèrent par l'effet de cette strangulation. Je n'ai jamais remarqué sur le fœtus, soit une impression quelconque, soit une simple sugillation. »

Imbus de cette idée, ces auteurs et avec la plupart des médecins légistes français, n'hésitaient point à considérer l'existence d'une zone rouge livide autour du cou comme un indice presque certain d'*infanticide* par strangulation. Cette idée fut combattue en Allemagne d'abord par Henke, Hinze, Bernd et Carus.

Avec les années, plusieurs observations recueillies par les accoucheurs allemands semblent devoir trancher la question et lever *toutes espèces de doute sur la possibilité* de la production d'empreintes rouges brunâtres sur le cou de l'enfant, par suite d'un simple entortillement du cordon ombilical.

Le Dr Schwartz, à Fulde, nous raconte que dans un accouchement il remarqua, dès que la tête fut dégagée, que le cordon ombilical cernait le cou par deux tours. Il essaya d'attirer une anse de cordon pour la faire passer par-dessus la tête, ou au moins pour en faire la ligature, mais le cordon était tellement serré, qu'il fut impossible de faire glisser le doigt entre les circulaires et la peau. On se hâta donc de terminer l'accouchement en attirant les épaules au moyen des doigts appliqués en forme de crochets au creux de l'aisselle. L'enfant était mort. On observa dans la région du cou qui avait été serrée par le cordon ombilical, *une empreinte de couleur livide et en forme de sillon*. Seize heures après, lorsque l'autopsie fut faite, le sillon, qui la veille était bleu, était devenu blanc, à l'exception des bords qui avaient conservé une couleur bleuâtre. *La portion de la peau qui correspondait à l'empreinte était tellement parcheminée, que le sillon n'était pas seulement sensible au toucher, mais encore à la vue.*

En 1831, Wildberg, chargé de constater la viabilité d'un enfant mort un quart d'heure après la naissance et dont l'accouchement avait été très difficile, le cou ayant été serré par une anse du cordon ombilical, remarqua dans la région cervicale *une bande étroite, rouge, circulaire*, sans dépression et sans extravasation de sang, cette bande rouge formait un cercle presque complet. Taufflieb, dans un mémoire très important, démontre aussi la fausseté de l'opinion qui conteste la possibilité de la formation d'un sillon et d'ecchymoses par l'enroulement du cordon.

De son côté, Tardieu dit qu'il n'est pas douteux que le

cordon puisse laisser non seulement sur le cou, mais encore sur le ventre et sur la poitrine du nouveau-né, depuis son insertion abdominale jusqu'au cou, une empreinte sous forme de sillon légèrement ecchymosé.

Aussi, maintenant lorsque l'expert a constaté sur le cou de l'enfant la présence d'un sillon non interrompu, ayant à peu près la largeur du cordon ombilical, 5 à 6 millimètres environ, sillon qui pourra être double ou triple, suivant la longueur du cordon, si enfin il a constaté que ce sillon descend du cou vers l'ombilic, en passant sur le thorax en avant ou en arrière, et conservant dans ce trajet les mêmes dimensions, sans élargissement par places à moins que le cordon n'ait eu des nœuds, il pourra affirmer que la strangulation a été produite par le cordon.

Mais pour être complet, pour que le jury puisse condamner ou absoudre, il devra de plus ajouter si la strangulation est accidentelle ou volontaire.

C'est pour répondre à cette dernière question que nous allons passer en revue les opinions des divers auteurs.

Tardieu, dans un *Traité de l'infanticide*, après avoir constaté la possibilité de l'enroulement du cordon autour du cou de l'enfant, la possibilité d'une empreinte, sillon, ecchymoses, état parcheminé de la peau, nous dit « que dans une question d'infanticide, le fait capital, le vrai point, le seul intéressant, c'est que, lorsque l'enfant naît étranglé par le cordon, il n'y a jamais respiration complète. Si donc l'on trouve la respiration complètement établie, on a la preuve que la strangulation ne résulte pas de l'enroulement du cordon avant la naissance. L'enfant tué par un moyen criminel a déjà respiré; au contraire, celui qui

succombe pendant le travail présente des poumons à l'état fœtal ou très incomplètement pénétrés par l'air. »

Nous n'oserions nier que l'autorité de Tardieu ne soit très grande en la matière, mais il nous semble cependant que dans quelques cas, rares il est vrai, la respiration puisse précéder l'accouchement complet, soit par suite d'une position vicieuse, soit par arrêt du travail. Paul Dubois nous dit, en effet, que dans les accouchements longs et pénibles, on voit souvent la respiration s'établir dès que la tête a franchi la vulve. Devergie, dans son *Traité de médecine légale* nous cite l'observation du Dr Lados, dont nous ne rapporterons que quelques mots et les conclusions.

Il s'agit d'une présentation de l'épaule, l'enfant *étant mort avant l'expulsion complète* : la respiration artificielle n'ayant pas été effectuée.

A l'autopsie les poumons offrent une couleur rosée, le poumon gauche est enfoncé dans la cavité thoracique. le droit est très développé ; il couvre en partie le péricarde et son bord antérieur est relevé ; la moindre pression qu'on lui fait subir produit une sensation de crépitation. Les poumons et le cœur plongés ensemble dans l'eau, surnageant de telle manière que le poumon droit et le lobe supérieur du poumon gauche dépassent la surface de l'eau.

Les deux poumons ont été divisés en deux parties ; tout ce qui appartenait au poumon droit et au lobe supérieur du poumon gauche est resté à la surface du liquide, tandis que le lobe inférieur de ce dernier organe a gagné le fond de l'eau. Cette opération, répétée sur ces organes coupés par tranches a donné respectivement les mêmes résultats.

De ces constatations, le D^r Lados était en droit de tirer les conclusions suivantes :

L'enfant a respiré.

Si dans des cas semblables l'enfant présente un ou plusieurs circulaires du cordon, si en outre la mère accouche clandestinement, ce qui dans le cas qui nous occupe arrive le plus souvent, on comprend que, si le cordon offre une certaine longueur et surtout de la résistance, l'enfant, à moins que le placenta ne se décolle aussitôt, pourra présenter à sa naissance tous les signes d'un enfant né viable et vivant en même temps que ceux de la strangulation.

Le D^r Négrier, professeur à l'école d'Angers, nous en fournit un bel exemple dans le rapport qu'il fit au sujet de la fille G., accusée d'infanticide par strangulation.

Une première expertise avait été faite par deux médecins de Chollet qui, après examen, déposèrent un rapport dont nous ne retiendrons que quelques lignes et les conclusions.

A la partie antérieure et droite du thorax, dans la direction de l'ombilic à l'épaule droite nous remarquons une dépression superficielle avec une teinte légèrement violacée, variant en largeur de 4 à 6 millimètres, placée sous le trajet que parcourait le cordon ombilical auquel était adhérent le placenta pour se porter en passant par-dessus l'épaule droite, au col, autour duquel il fait un tour et demi.

Autour du cou existent des traces de compression circulaire prononcée, surtout à la partie antérieure et latérale gauche; là existe une dépression profonde placée entre deux bourrelets dont le supérieur est plus prononcé; les tractions que nous exerçons ne peuvent faire disparaître la dépression, ni ramener à sa position naturelle la peau, qui en cet endroit présente un aspect luisant et nacré.

Le cœur et les poumons réunis surnagent ; les poumons sont coupés en nombreux fragments qui tous surnagent, sans aucune exception, malgré la compression la plus énergique, exercée à plusieurs reprises. Cette compression faite sous l'eau laisse dégager un grand nombre de bulles d'air.

Le placenta qui adhère à l'enfant par un cordon long de 67 centimètres, ne présente de notable qu'une éraillure à sa face adhérente, cette éraillure a une étendue de 4 à 5 centimètres.

Conclusions. — 1° L'enfant est né à terme et viable.

2° Il a respiré complètement et en conséquence il a vécu un temps que nous ne pouvons déterminer, après la naissance.

3° Il a succombé à l'asphyxie déterminée par la strangulation.

4° *La strangulation n'a pu être produite par l'anse du cordon passée autour du cou. D'abord, parce qu'il nous paraît impossible qu'une compression aussi énergique que celle dont nous avons constaté les traces ait été produite par un corps aussi souple et aussi peu résistant, ensuite parce que l'anse du cordon n'ayant pu se placer autour du cou que dans l'intérieur de la matrice, ou peut-être à la sortie de l'enfant, l'asphyxie aurait dû suivre immédiatement la naissance, mais alors comment la respiration se serait-elle effectuée aussi complètement?*

Les choses en étaient là, quand Négrier, interpellé sur les faits du rapport, admit les trois premières conclusions, à savoir que l'enfant était né à terme, qu'il était viable, qu'il avait respiré avant de succomber à l'asphyxie, mais il rejeta la quatrième.

« J'affirme, disait-il, que le cordon ombilical *dans la très grande majorité des cas*, est assez résistant pour étrangler un enfant. »

Son affirmation reposait sur les faits suivants :

D'un côté, ses expériences l'avaient amené à ce résultat

qu'un poids de 5 kilogrammes ou un effort équivalent à ce poids, agissant à l'extrémité d'un cordon enroulé sur *le cou d'un adulte peut produire l'asphyxie en moins de cinq minutes.*

De l'autre, en chargeant des poids de plus en plus lourds, il avait trouvé une moyenne de 5.250 grammes pour la rupture de 98 cordons non variqueux et de 3.000 grammes pour des cordons variqueux.

Nous voyons donc que pour Négrier la résistance moyenne des cordons était supérieure à celle nécessaire pour produire l'étranglement; or, il est évident qu'on rencontre assez souvent des cordons dont la résistance est de beaucoup supérieure à la moyenne; Négrier en a vu un qui avait pu supporter 9 kilogrammes sans se rompre.

Nous devons dire ici que le D^r Lamare, dans sa thèse inaugurale, Paris, 1888, donne au sujet de la résistance des chiffres un peu différents.

Nous lisons dans une de ses conclusions :

Un cordon vivant se laisse rompre par la tension d'un poids de 2 à 3 kilogrammes, nombre inférieur au poids moyen d'un enfant à terme.

Et plus loin, il ajoute :

La résistance du cordon peut être assez considérable pour faire périr l'enfant par la constriction énergique de son cou.

Mon opposition, dit Négrier, sur le second paragraphe de la même conclusion ne fut pas moins tranchée.

La résistance du cordon, comme nous venons de le montrer, peut être quelquefois très forte; si dans ces circonstances la longueur du cordon vient aussi à être supérieure à la normale comme dans le cas en discussion, il

avait 67 centimètres, il ne s'opposera pas invinciblement à la sortie de la tête hors de la vulve.

On estime, en effet, à 22 centimètres la portion s'étendant de la vulve au placenta encore adhérent, en tenant compte de l'abaissement de l'utérus après la sortie de la tête, la circonférence du cou non comprimé est de 19 centimètres, il y a du cou à l'ombilic 18 centimètres; nous voyons donc qu'il reste encore une longueur plus que suffisante pour permettre la respiration, qui sera d'autant plus profonde et mieux établie que, la tête dégagée, l'accouchement sera resté plus longtemps stationnaire.

Mais dès que le fœtus progressera de nouveau, la compression des circulaires augmentera en même temps. Si à ce moment une main, au lieu de venir dégager le cou des circulaires qui le compriment, vient, pour essayer d'activer le dégagement, imprimer à la tête une pression dirigée de haut en bas, on voit qu'elle augmentera dans de notables proportions la force qui produisait l'asphyxie.

De cet ensemble de faits que nous venons d'exposer, il nous semble donc qu'on peut admettre avec Négrier, malgré les négations de Tardieu, que, dans quelques cas rares, l'expert puisse invoquer une strangulation accidentelle produite par le cordon, bien qu'à l'autopsie de l'enfant il ait constaté que la respiration s'était effectuée.

Une seconde cause d'erreur sur laquelle l'expert aura quelquefois à donner son avis, est celle d'une strangulation *opérée involontairement* par les efforts qu'a faits la femme pour se débarrasser elle-même.

Tardieu, dans son étude médico-légale sur l'infanticide, nous dit : « On suppose qu'une femme accouchant seule et sans secours, ce qui est le cas de la plupart des infan-

ticides, voulant hâter sa délivrance, saisit l'enfant par le cou et le tire si bien qu'elle l'étrangle. C'est là une hypothèse toute gratuite et qui ne repose sur aucun fait. »

Pour appuyer son dire, Tardieu montre d'abord la difficulté qu'il y a pour la mère dont le ventre est développé par une grossesse à terme, d'atteindre non par la tête, mais le cou de l'enfant. Néanmoins, si la chose lui est possible, il n'est nullement nécessaire de serrer beaucoup pour amener le reste de l'enfant au dehors, et c'est d'ailleurs sur la tête et sous le menton que les tractions sont le plus naturellement et le plus facilement exercées. Enfin, dit-il, la meilleure réfutation de l'hypothèse que je conteste sera fournie par la forme et la direction des excoriations que la pression de la main laissera sur le cou de l'enfant.

En effet, dit-il, « que l'on se représente la situation dans laquelle devrait se trouver un enfant nouveau-né au passage au moment où la femme se serait efforcée de l'attirer au dehors, la tête se trouvant en bas ; les ongles enfoncés au cou pour opérer la délivrance dans cette position renversée devraient avoir, quand l'enfant sera redressé, la convexité tournée en bas. »

Dans un cas où il était appelé à dire si l'asphyxie par compression du cou, qui avait occasionné la mort de l'enfant nouveau-né des époux D. avait pu être l'œuvre de la femme D. *au moment où elle tirait son enfant pour hâter sa délivrance*, et ce, sans intention coupable, ne sachant, comme elle le dit, ce qu'elle faisait, Tardieu fournit le rapport suivant :

Nous devons rechercher si les désordres matériels que nous avons constatés, en procédant à l'autopsie du cadavre de l'enfant des inculpés, peuvent être expliqués par les allégations de la femme D. . ou si au contraire la fausseté de ces déclarations ne ressort pas manifestement du caractère et de la nature des lésions observées.

Or, s'il n'est pas complètement impossible que, dans les derniers instants du travail de l'accouchement, la femme D... ait cherché à saisir la tête de l'enfant au passage dans le but de hâter sa délivrance, et qu'elle ait ainsi, sans le vouloir, froissé ou même excorié légèrement la face de son enfant ; il est cependant difficile d'admettre que, dans la position d'une femme qui accouche et dont le ventre considérablement développé gêne les mouvements, elle ait pu atteindre les parties génitales et saisir la tête de l'enfant ; qu'elle l'ait fait en outre avec assez de force pour déterminer sur le visage des excoriations dont le nombre s'élève à sept.

Mais le doute n'est plus possible, pour les lésions étendues et tout à fait caractéristiques qui existent au cou. En effet, rappelons que derrière l'angle de la mâchoire du côté droit nous avons constaté :

1° Deux excoriations parallèles longues de 15 millimètres, profondes, commençant en haut par une extrémité effilée se dirigeant assez obliquement *d'arrière en avant* et *de haut en bas* et se terminant par un bourrelet large et saillant ;

2° Plus en dehors et en haut, trois petites excoriations dont deux ont une forme demi-circulaire, à *convexité supérieure* ;

3° Deux autres écorchures tout à fait sur les côtés du cou ;

4° En avant et à gauche, froissement considérable de la peau avec excoriations et ecchymoses.

Ainsi non seulement les lésions occupent circulairement tout le tour du col et sont à la fois nombreuses et très profondes, ce que l'on ne peut comprendre dans l'hypothèse alléguée par la femme D... ; mais de plus la direction des excoriations contredit d'une manière formelle ses déclarations. L'enfant se présentant au passage la tête en bas, la trace de tractions exercées sur le cou pour amener le corps hors de la vulve devrait être dirigée du cou vers la

tête, c'est-à-dire (en replaçant l'enfant dans sa position naturelle) de bas en haut. C'est précisément le contraire qui a lieu. Les excoriations commencent en haut par une extrémité effilée, et vont en s'élargissant et en creusant la peau de plus en plus de manière à former en avant et en bas un bourrelet saillant. Il est impossible de considérer cette déchirure plus profonde comme le point de départ de l'excoriation, car il était facile de voir sur le cadavre le sens dans lequel étaient refoulés les tissus, et de constater que la déchirure s'arrêtait en bas d'une manière nette et tranchée. Enfin si ces caractères manquaient, il suffirait de faire remarquer la trace parfaitement distincte des ongles, dont la convexité tournée en haut indique de la façon la plus évidente que le cou a été saisi de haut en bas et non de bas en haut.

Nous ajouterons encore que l'état des poumons et de l'estomac constaté par l'autopsie, et qui nous a permis d'établir que l'enfant avait vécu et respiré assez longtemps, ne permet pas davantage d'admettre que la strangulation ait eu lieu au moment où l'enfant était au passage.

En résumé, nous concluons que les lésions qui existaient au col et qui ont occasionné la mort de l'enfant nouveau-né des époux D... ne peuvent être le résultat des manœuvres exercées par la femme au moment où elle tirait son enfant pour hâter sa délivrance.

Les *Annales de médecine légale* et la lecture des auteurs qui se sont occupés de la question ne nous fournissant pas de preuves contre l'assertion de Tardieu, nous la tiendrons comme bonne et nous admettrons avec lui, surtout si l'enfant a respiré et s'il présente au cou de nombreuses traces de violence, que la strangulation ne peut avoir été opérée involontairement, et que l'expert ne saurait recevoir de l'accusée un semblable mode d'excuses.

Quelques auteurs se sont enfin demandé si la contraction exercée par le col utérin ne serait pas capable de produire sur le cou, des effets semblables à ceux que détermine l'application d'un lien.

Le docteur Klein, se basant sur ce fait qu'il avait vu quelquefois dans des cas de suicide par pendaison le sillon faire défaut, nous dit qu'il est difficile de concevoir comment la constriction du col de l'utérus pourrait produire semblable chose.

Velpeau n'admet pas non plus la possibilité de ces altérations par l'orifice du col de la matrice. De deux choses l'une, dit-il, ou la tête de l'enfant est encore dans le vagin, et alors le col de l'utérus ne peut agir sur le cou ; ou elle est en dehors et a dépassé la vulve, et dans ce cas encore le col de l'utérus est trop en arrière et trop distendu par la pression que les épaules exercent en avant pour opérer une constriction sur le cou.

Nous admettons cependant que la constriction spasmodique du col de l'utérus sur le cou de l'enfant peut très exceptionnellement laisser une trace sur cette région. Hohl a observé une impression de ce genre sur le cou d'un enfant mort-né qu'il n'avait dégagé qu'avec peine de cette contraction violente. Loeffler cite un cas analogue.

On a considéré ces constrictions violentes comme pouvant amener la mort, mais nous dirons, suivant la remarque de Casper, que des accidents de ce genre ne se produisent que pendant des accouchements laborieux et prolongés qui excluent presque toute occasion d'infanticide.

CONCLUSIONS

I. Les causes de la strangulation chez les nouveau-nés doivent être classées en deux groupes :

a) Au premier appartiennent toutes les causes qu'on peut voir chez l'adulte, constriction avec les mains, avec un lien, strangulation et suffocation combinées.

b) Au second, les causes pouvant produire une strangulation accidentelle comme les circulaires du cordon.

II. Les signes de la mort par strangulation doivent être tirés à la fois des circonstances qui l'ont accompagnée, précédée ou suivie ; de l'examen extérieur du corps, et *en particulier*, de la région du cou et de l'examen des principaux organes internes, spécialement des voies respiratoires.

III. Nous signalerons comme signe caractéristique :

1° *De la strangulation par un lien*, la déchirure de la membrane interne de la carotide ou lésion d'Amusat.

2° *De la strangulation par les mains*, la forme des excoriations curvilignes des ongles, et nous ajouterons que

chez le nouveau-né il n'y a jamais fracture des cartilages du larynx ; parce que ces organes possèdent une souplesse telle qu'ils peuvent sans se rompre subir toute sorte de déformation.

3° *Dans un cas de suffocation et de strangulation combinées*, lorsqu'il y a eu interposition entre le corps constricteur et les orifices des voies respiratoires d'un corps mou, tel qu'un linge ou un oreiller, les lésions externes peuvent faire absolument défaut ; l'état des organes internes seuls permettra d'établir la pathogénie de la mort.

4° *De la strangulation par le cordon*. La présence d'un sillon non interrompu, ayant à peu près la longueur du cordon ombilical 5 à 6 millimètres, descendant du cou vers l'ombilic en passant sur le thorax en avant ou en arrière et conservant dans ce trajet les mêmes dimensions sans changement par places à moins que le cordon n'ait eu des nœuds.

IV. Dans notre dernière conclusion qui résumera le chapitre des causes d'erreur, nous admettrons malgré les négations de Tardieu que, dans quelques cas rares, l'expert puisse invoquer une strangulation accidentelle produite par le cordon, bien qu'à l'autopsie de l'enfant il ait constaté que la respiration s'est effectuée.

Vu, bon à imprimer,

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

LACASSAGNE.

Vu, bon à imprimer,

LE DOYEN,

Vu, bon et permis d'imprimer

LORTET.

LE RECTEUR,

E. CHARLES.

OBSERVATIONS

Nous les divisons en quatre groupes; les trois premiers comprennent les cas d'infanticide résultant :

- 1° De strangulation par les mains ;
- 2° De strangulation par un lien ;
- 3° De strangulation et de suffocation combinées.

Enfin dans un 4^e groupe nous relatons deux observations servant à compléter le chapitre des causes d'erreur, et dans lesquelles nous voyons des signes appartenant à la strangulation produite dans la première observation par l'enroulement du cordon, dans la seconde par les efforts de la délivrance.

I

OBSERVATION I (inédite).

(Due à la bienveillance de M. le professeur Lacassagne.)

Autopsie d'un enfant nouveau-né paraissant avoir été étranglé

avant son dépôt, dans une cour du quartier des Carmélites (1^{er} août 1882).

C'est un enfant du sexe féminin, bien conformé, mesurant 0,51 centimètres, son poids est de 3 kg. 210 grammes, le corps est enveloppé dans une chemise d'homme. La putréfaction n'a pas encore commencé et la mort remonte à la nuit précédente. Du méconium s'écoule en abondance par l'anus et a sali les membres inférieurs. Les ongles dépassent un peu l'extrémité des doigts.

Sur le côté gauche du cou, nous trouvons une sorte de sillon brunâtre, sur une étendue de 5 centimètres. Nous disséquons entièrement toute la région du cou afin de voir s'il y a des épanchements sanguins. Nous ne trouvons absolument que ce sillon qui semblait à première vue n'intéresser que la peau. Mais à son niveau et au-dessous de lui, l'aponévrose qui enveloppe la thyroïde gauche, est le siège d'un épanchement sanguin superficiel.

Les deux poumons sont rougeâtres exsangues, et nous trouvons dans l'intérieur des lobes des taches de Tardieu. Plongés dans l'eau, en suivant les règles adoptées pour l'opération dite de la *docimasia pulmonaire*, les poumons surnagent et on en fait sortir par la pression des mucosités qui remplissaient les bronches. Nous trouvons également des taches de Tardieu sur le cœur qui ne présente rien autre à noter; le poids de cet organe est de 30 grammes.

Le foie pèse 180 grammes et ne présente rien à signaler; il en est de même pour les reins et pour la rate. L'estomac contient une petite cuillerée à café d'un mucus jaunâtre et filant. Il n'y a rien de particulier du côté du cerveau.

Nous recherchons du côté de la partie inférieure du fémur le point osseux qui nous montre que l'enfant est à terme.

Conclusions. — Des faits précédemment cités, il résulte :

1° Que le corps, à l'autopsie duquel nous avons procédé, est celui d'un nouveau-né du sexe féminin; cet enfant est né viable, à terme et bien constitué; il a respiré;

2° Nous attribuons la mort à une pression exagérée, portant sur le côté gauche du cou. Cette pression exercée probablement

avec le doigt a éraillé la peau, déterminé l'hémorragie constatée dans la thyroïde du côté gauche et amené une asphyxie ;

3° La mort remonte à douze ou quinze heures avant notre examen.

OBSERVATION II (inédite).

(Due à l'obligeance de M. le professeur Lacassagne.)

Enfant nouveau-né trouvé enveloppé dans une chemise et caché dans un poêle de la chambre de sa mère, la fille M. (le 7 mai 1889).

Sexe féminin :

Longueur du corps	0.51 cm.
Poids	2 k. 930
Diamètre bi-pariétal	0,09 cm.
Occipito-mentonier	0,095 mm.

L'enfant paraît bien constitué, mais n'a pas reçu de soins. Le corps est enduit de matière sébacée. Les cheveux sont noirs et abondants ; les yeux sont fermés, les pupilles normales. A l'ouverture des narines, on trouve une mousse sanguinolente desséchée. Rien de spécial à la bouche. Le cou présente des taches noires couleur suie. Au-dessous du larynx, on remarque une coloration rougeâtre qui s'étend sur toute la partie antérieure et affecte la forme d'un fer à cheval. Sur tout cet espace rougeâtre qui mesure une hauteur de 21 millimètres et une largeur de 46 millimètres environ, la peau est éraillée. Rien sur la poitrine.

La portion adhérente du cordon a 76 millimètres, son extrémité est déchirée et paraît sectionnée avec l'ongle ou avec un mauvais instrument.

On voit un peu de sang à la partie inférieure du ventre.

Rien aux membres inférieurs. Les ongles sont mal venus aux pieds, sont normaux aux mains, où ils dépassent les bords des doigts. Rien aux membres supérieurs et en arrière.

Sur la conjonctive inférieure gauche piqueté scarlatin formé de

quatre à cinq petites taches ecchymotiques. Il y en a aussi du côté droit, mais elles sont moins marquées.

Lèvres noirâtres et un peu desséchées, mais sans ecchymoses. Rien de spécial dans la bouche.

A la dissection du cou, ecchymoses, infiltration sanguine, surtout à gauche, sur une surface de 33 millimètres ; infiltration sanguine dans les gaines aponévrotiques gauches en dedans du sternomastoïdien. Sang épanché dans le corps thyroïde.

Les poumons sont volumineux. Nombreuses taches de Tardieu, surtout à gauche et en avant, à la surface et entre les lobes. Les taches de Tardieu sont nombreuses aussi à la surface du cœur. Mis en masse dans l'eau, les poumons surnagent, fragmentés aussi. En les comprimant, on fait sortir par la trachée une mousse fine et sanguinolente, et de toutes les parties du poumon on fait sourdre une grande quantité de bulles d'air. Le cœur contient du sang noirâtre.

L'estomac contient de l'air en grande quantité. Il renferme un peu de mucus et pas de substances alimentaires.

Foie volumineux. Reins et rate normaux.

Sous le cuir chevelu, au sommet du crâne, ecchymose. Pas de fracture des os du crâne. Rien de spécial au cerveau.

Point de Béclard au fémur, quatre points au sternum. Cloisons alvéolaires du maxillaire inférieur complètes.

Conclusions. — 1° L'enfant que nous avons examiné est du sexe féminin. Son poids et sa taille montrent qu'il est à terme et bien constitué ;

2° Cet enfant a vécu, a respiré ;

3° La mort est la conséquence d'une asphyxie produite par la compression du cou. Cette compression a porté surtout sur le côté gauche du cou et à sa partie moyenne.

OBSERVATION III (inédite)

(Due à l'obligeance de M. le professeur Lacassagne).

Enfant nouveau-né du sexe féminin trouvé dans la cour d'une maison de la rue B... le 27 décembre 1887.

Poids.		2 k. 910.
Taille.	:	0 m. 495 mm.
Diamètre : bi-pariétal		0 m. 090 —
— Occipito frontal		0 m. 103 —
— Du vertex au menton.		0 m. 136 —
— Longueur du cordon		0 m. 082 —
Ongles : mains :	dépassant le bord des doigts.	
— pieds :	arrivent au niveau du bord des doigts.	

Le cordon coupé irrégulièrement ne présente pas de trace de ligature.

Examen extérieur. — Les cheveux sont peu abondants. Les paupières un peu congestionnées présentent un léger piqueté. Aux orifices du nez on trouve du sang. La bouche est entr'ouverte et nous remarquons que le pouce de la main gauche du fœtus y est introduit, nous notons une petite érosion à la lèvre supérieure ; enfin on observe des taches de décubitus.

Cou. — A 24 millimètres au-dessus de la clavicule gauche sur le cou, érosion en croissant, un peu en dedans petites érosions. Sur le côté droit du cou, en arrière à 5 centimètres de l'oreille, deux plaies superficielles épidermiques en forme de croissant, comme celles faites par un doigt qui appuie, situées à 12 millimètres l'une de l'autre, elles ont : l'une 16 millimètres, l'autre 11 millimètres.

Un peu au-dessous de la clavicule droite, petite érosion de 3 millimètres.

Vers la base du sternum, du côté droit, on voit une plaie en

croissant, à concavité dirigée vers l'ombilic et qui est manifestement un coup d'ongle.

Du méconium s'écoule par l'anus. Sur la saillie du biceps gauche, érosion superficielle rectiligne de 9 millimètres. Rien aux autres membres.

Il semblerait que la main gauche a été appliquée sur le cou lorsque deux doigts appuyaient en arrière vers l'épaule droite.

Dissection du cuir chevelu et du cou. — Le cuir chevelu présente des infiltrations sanguines sous-cutanées en divers points de sa face interne. Pas de fracture des os du crâne.

La dissection du cou fait constater qu'il existe des infiltrations sanguines dans la peau et le tissu cellulaire sous-cutané au niveau des érosions du cou. Ces infiltrations s'étendent à toute la région antérieure du cou.

Dans le trapèze droit, trois caillots, gros comme une lentille. On trouve des hémorragies intra-musculaires dans le sterno-cleido-mastôïdien, l'omoplat-hyoïdien et le sterno-hyoïdien; sur la glande thyroïde on voit des taches sanguines disséminées.

Ouverture du thorax. — Les poumons de volume normal ont en quelques endroits l'apparence rose clair du poumon sain qui a respiré, et dans le reste de l'organe la couleur rouge foncé du poumon asphyxique. Toute sa surface est couverte d'une véritable pluie de taches de Tardieu. On en trouve aussi quelques-unes à la base du cœur et à la naissance de l'aorte. En masse ou en morceaux fins le poumon surnage. L'estomac est vide d'aliments, il renferme des bulles d'air et de la bile.

Les reins et la rate sont congestionnés. Le foie est volumineux et gorgé de sang.

Conclusions. — 1° L'enfant du sexe féminin que nous avons examiné était à terme, viable et bien constitué;

2° Il a respiré;

3° Nous ne pouvons dire combien de temps il a vécu, mais en tout cas peu de temps. Il a succombé non à l'hémorragie du cordon,

car le corps n'est pas exsangue, mais par *suite des manœuvres qui ont porté sur le cou*, particulièrement au côté droit et à l'ouverture des voies naturelles. La mort remonte à vingt-quatre ou trente-six heures.

II

OBSERVATION IV (inédite)

(Communiquée par M. le professeur Lacassagne).

Autopsie d'un enfant nouveau-né, trouvé le 9 août 1887, sur les bords de la Saône.

Le corps est enfermé dans une caisse de bois blanc ; c'est celui d'un enfant du sexe masculin.

Son poids est de 2 k. 800 gr.

Sa longueur est de 0 m. 51 centimètres.

La putréfaction est générale, la peau est vert bronzé et l'épiderme se détache. La tête est volumineuse, les yeux sortent de l'orbite ; les os du crâne sont très mobiles par suite de la liquéfaction du cerveau. Il existe un fragment du cordon ombilical qui mesure 9 centimètres $1/2$, sans trace de ligature, on dirait qu'il a été mal sectionné. Les testicules sont descendus dans les bourses.

Autour du cou se trouve un linge très fortement serré ; c'est un essuie-main ou linge de cuisine. Certains endroits sont roussis. Il exhale une odeur de vieille graisse très manifeste.

Le cœur est vide, les poumons sont très putréfiés, aucun corps étranger dans les bronches, les fragments du tissu pulmonaire pressés surnagent, pas de taches de Tardieu. La muqueuse du larynx est rouge sombre. Elle se détache nettement des tissus voisins. Les muscles du cou sont infiltrés au niveau du sillon formé par le lien.

L'estomac ouvert avec les précautions d'usage ne contient qu'un peu de liquide rougeâtre. — Le foie est putréfié. — La vessie ren-

ferme un peu d'urine. Le méconium est à la partie inférieure de l'intestin.

Le cerveau est en bouillie, on ne constate sur les autres parties du corps aucune trace de violence.

Conclusion : L'enfant nouveau-né que nous venons d'autopsier est à terme, bien conformé et du sexe masculin.

La putréfaction avancée, rend les constatations difficiles. Le lien qui serre le cou et l'état des organes rendent très probable la mort par strangulation. Cet enfant a respiré, il n'a pas reçu de soins. La mort a dû survenir peu de temps après la naissance qui remonte à quarante-huit ou trente-six heures.

OBSERVATION V (inédite)

(Due à l'obligeance de M. le Dr H. Coutagne.)

Autopsie de l'enfant de la fille B..., retiré des fosses d'aisances et enveloppé dans une serviette et un tablier (28 mai 1890).

Poids	2 kg. 900
Taille	0 m. 49
Longueur du cordon.	0 m. 48
Poids du placenta.	0 kg. 375

Examen extérieur. — Le corps présente une [putréfaction assez avancée et exhale une odeur fortement ammoniacale. Les cheveux sont blonds, la face est violacée. Les conjonctives sont congestionnées et les cornées troubles.

La bouche est entr'ouverte, la langue ne fait pas saillie au dehors.

Le cordon est adhérent au placenta.

Les organes génitaux sont bien développés.

Les ongles dépassent le bord des doigts.

Cou. — Le lien qui est fait d'une bande de tablier et d'un cordon ayant l'un et l'autre une longueur de 54 centimètres est enroulé plusieurs fois autour du cou, et présente à la partie antérieure une sorte de nœud de cravate, il est si fortement serré qu'il est impossible d'introduire même un corps mince entre lui et la peau.

Le tour du cou mesure 16 centimètres et présente au moins trois empreintes de sillons circulaires, avec deux bourrelets au niveau desquels la peau est rosée.

Le thorax et l'abdomen ne présentent rien de particulier.

Ouverture du cadavre. — L'estomac contient un peu de mucus, le foie est gros, rouge et congestionné, le gros intestin renferme du méconium.

Les poumons sont bien conservés et ont une coloration rosée; ils ne présentent pas de taches de Tardieu; ils surnagent en masse, les fragments surnagent également. A la coupe ils laissent voir un sang noir et asphyxique.

La trachée et les bronches contiennent un peu d'écume.

Le cœur a un peu de sang liquide. Le point d'ossification de Bécларd existe; il en est de même des autres points du sternum, du maxillaire inférieur, les cloisons alvéolaires sont complètes.

Conclusions. — 1° L'enfant de la fille B... était né à terme et bien conformé;

2° La respiration s'est effectuée complètement;

3° La mort est le résultat de la strangulation opérée à l'aide d'un lien serré autour du cou.

OBSERVATION VI (inédite)

(Due à l'obligeance de M. le Dr Coutagne.)

Fœtus du sexe féminin trouvé par M. X, à son retour de voyage, dans la chambre de sa bonne, B. F..., le 18 juillet 1887.

Le fœtus est contenu dans un baquet en terre jaune haut de 17 centimètres, ayant un diamètre de 37 centimètres.

Poids	2 kg. 400
Longueur	0 m. 51
Cordon.	0 m. 13

Examen extérieur. — Ce cadavre est le siège d'une putréfaction très avancée, caractérisée par un soulèvement général de l'épiderme, du gonflement des tissus sous-jacents et une teinte verdâtre des téguments, teinte plus marquée au niveau de la région abdominale.

Autour du cou un essuie-main qui fait deux tours complets et très serrés et dont les deux chefs sont libres autour du cadavre.

Tête. — Très remarquable par son aplatissement transversal, portant au niveau de la région occipito-pariétale :

Le diamètre occipito-frontal mesure	12 c. 1/2
— bipariétal —	8 c. 1/2

Le crâne est couvert de cheveux dont quelques-uns ont plus de 2 centimètres de longueur.

La face est bouffie, les yeux font saillie à travers les paupières. Le nez est aplati, la bouche est entr'ouverte, la langue fait fortement saillie au dehors.

Le cou débarrassé du lien strangulatoire présente au-dessous de l'épiderme qui se détache en grande partie spontanément un piqueté très discret avec certaines empreintes paraissant provenir du linge.

Gonflement considérable des téguments de la poitrine et de l'abdomen.

Le cordon n'a pas de ligature. Son extrémité libre paraît avoir été coupée avec un mauvais instrument plutôt qu'arrachée, sa surface de section est relativement transversale.

A la région cervicale postérieure nous notons une empreinte très nette de 1 cm. 1/2 de diamètre à la partie moyenne du cou,

tranchant pas sa coloration blanche avec la coloration verdâtre avoisinante.

Les ongles ont disparu avec l'épiderme, leur matrice paraît bien formée.

Examen interne. — 1° Tête : Après l'ablation du cuir chevelu, nous notons un épanchement sanguin occupant toute la moitié gauche du frontal et s'avancant sur la moitié droite du même os, d'environ 2 centimètres au delà de la ligne médiane.

Les os sous-jacents sont intacts, on les détache avec une très grande facilité.

Le cerveau est réduit en une bouillie fétide absolument informe.

La cavité buccale et le pharynx ne contiennent pas de corps étranger.

A la dissection du cou on ne constate aucune trace de violence, ni sur les os, ni sur le conduit laryngé.

A l'ouverture de la poitrine et de l'abdomen, tous les organes sans exception, sont distendus par un emphysème putride extrêmement intense, tous les organes de la cavité thoracique mis dans l'eau surnagent.

L'estomac et l'intestin grêle sont vides, tandis que le gros intestin est distendu par du méconium.

Les poumons qui, avons-nous dit, sont distendus par l'emphysème, ont une teinte presque uniformément pâle. Chaque poumon est coupé en une série de morceaux, dont la docimasia est pratiquée après écrasement entre les doigts; malgré cette manœuvre, tous les fragments continuent à surnager.

A la coupe, on trouve un tissu dont la coloration rappelle, d'ailleurs, absolument celle du poumon qui a respiré.

Système osseux. — Cloisonnement alvéolaire complet du maxillaire. Le sternum présente ses quatre points d'ossification. Le point d'ossification de Bécclard est très marqué et mesure 4 millimètres de diamètre.

Conclusions. — 1° L'enfant dont on a fait l'autopsie est à terme et viable;

2° Il a respiré complètement et a survécu quelques instants à sa naissance;

3° Il a succombé à une strangulation criminelle opérée par la constriction du cou, à l'aide du linge que nous avons trouvé;

4° La mort, eu égard aux conditions atmosphériques et à la chaleur de ces derniers jours, doit être rapportée, ainsi d'ailleurs que nos renseignements nous l'apprennent, à la nuit du 17 au 18.

OBSERVATION VII (inédite)

Due à l'obligeance de M. le Dr Hervé.

Le cadavre de l'enfant fut trouvé enfoui sous des bottes de foin.

Nous soussigné Docteur en médecine de la Faculté de Paris, commis par ordonnance de M. le Juge d'Instruction près le tribunal de première instance du Mans, à l'effet de procéder à l'autopsie de l'enfant de la fille F., rechercher si cet enfant est né viable, s'il a vécu, et quelles ont été les causes de la mort, nous sommes transporté à Fye le 17 octobre 1892, afin d'y remplir la mission qui nous était confiée,

Le cadavre qui nous est présenté est celui d'un enfant du sexe masculin, pesant 2 kg. 200, ayant une longueur de 49 centimètres.

La putréfaction n'est pas commencée; la peau est blanche et recouverte d'une assez grande quantité de sébum.

La rigidité cadavérique est généralisée.

Les ongles aux mains et aux pieds atteignent les extrémités des doigts et des orteils; les cheveux sont assez abondants.

Pas de piqueté des conjonctives, pas de taches sur la peau. Le cordon a été rompu à 45 centimètres de son insertion ombilicale.

Le point osseux épiphysaire de l'extrémité inférieure du fémur est très apparent.

Le maxillaire inférieur présente de chaque côté de la ligne médiane quatre alvéoles bien nettes.

Les testicules sont descendus dans les bourses.

En examinant l'état extérieur du corps, nous constatons :

1° Un aplatissement très accusé du nez, toutefois nous ne pouvons pas affirmer que cette déformation soit le résultat de violences exercées pendant la vie, elle a pu être occasionnée par la pression des bottes de foin sous lesquelles le cadavre a été enfoui;

2° Un sillon profond entourant complètement la région cervicale; plus large en avant, plus étroit sur les côtés, ses deux extrémités s'entre-croisent en arrière sur la ligne médiane. Le fond du sillon est blanchâtre, les bords sont rouges, surtout à la partie postérieure du cou.

Nous avons disséqué soigneusement ce sillon, mais nous n'avons trouvé aucune ecchymose, aucune extravasation sanguine, ni dans le tissu cellulaire sous-cutané, ni même dans les parties profondes.

Pas d'autres traces de violences sur le corps.

Ouverture du thorax. — Les poumons sont complètement dilatés, ils ont une coloration rosée; nous remarquons à la surface, principalement au niveau du bord postérieur, un certain nombre de petites taches d'un rouge foncé, nettement circonscrites, ayant de 1 à 2 millimètres de diamètre; ces petites taches (*ecchymoses sous-pleurales*) s'observent presque constamment dans le cas d'infanticide par suffocation ou par strangulation.

Les poumons, en même temps que le cœur et le thymus, sont extraits de la poitrine et toute cette masse jetée dans un vase rempli d'eau, surnage parfaitement.

Nous remarquons, sur le bord antérieur du poumon gauche, une petite plaque d'emphysème due à la rupture d'un certain nombre de vésicules pulmonaires.

Chaque poumon examiné séparément crépite dans toute son étendue, à la coupe il laisse écouler une assez grande quantité d'un liquide spumeux, et chaque fragment pressé entre les doigts et plongé dans l'eau continue à surnager.

A la face antérieure du cœur, nous notons plusieurs *ecchymoses sous-péricardiques*.

Les cavités de l'organe renferment un peu de sang liquide.

Le péricarde contient une petite quantité de sérosité.

Ouverture de l'abdomen. — L'estomac renferme un liquide peu abondant, d'un blanc jaunâtre au milieu duquel nous voyons quelques bulles gazeuses.

Le gros intestin est rempli de méconium.

La vessie est vide.

Les reins et la rate sont normaux.

Crâne et centres nerveux. — Les os du crâne ne sont pas fracturés, mais au-dessous du cuir chevelu, au niveau du bord antérieur du pariétal droit, existe un épanchement assez étendu de sang coagulé.

Rien à signaler du côté des centres nerveux.

Conclusions :

1° L'enfant est né viable; il est né à terme;

2° Il a respiré;

3° La mort est due à la strangulation opérée à l'aide d'un lien fortement serré autour du cou.

N. B. — La fille F... au cours de l'instruction avoua qu'elle avait tué son enfant, en lui serrant le cou avec le cordon d'un tablier.

III

OBSERVATION VIII (Inédite).

(Due à l'obligeance de M. le professeur Lacassagne.)

Dans cette affaire (mars 1894) la fille F... disait qu'elle était accouchée debout, que l'enfant était tombé à plat ventre et que c'était ainsi qu'il s'était étouffé. Sur la réquisition de M. Vial, juge d'instruction, M. le professeur Lacassagne fut chargé de l'autopsie et fournit le rapport suivant :

Enfant du sexe masculin pesant 2 kg. 710 et ayant une longueur de 48 cm. 1/2, le diamètre bi-pariétal mesure 9 centimètres, l'occipito-mentonnier 10 cm. 1/2, l'occipito-frontal 9 cm. 7. La largeur des épaules est de 14 centimètres.

Les cheveux sont rares, les oreilles un peu violacées; les yeux clos, sur les conjonctives supérieures on trouve quelques taches noirâtres. Rien au nez. Les lèvres sont desséchées, surtout la supérieure.

Vers la partie moyenne du cou deux raies rougeâtres de 2 centimètres de long séparées par une distance de 4 millimètres.

En arrière et à droite, sur le trapèze à 4 centimètres au-dessous et au dehors de l'oreille droite, deux excoriations l'une plus marquée que l'autre. La première en forme de croissant est longue de 5 millimètres, l'autre de 3 millimètres.

La première a tous les caractères de l'empreinte d'un ongle. Du même côté sur le sterno-cleido-mastoïdien deux petites excoriations très superficielles à 2 centimètres de l'insertion sternale.

Dans les muscles sterno-thyroïdien et hyoïdien de droite et de gauche il y a des ecchymoses très nettes, de même au-devant du corps thyroïde.

En pressant sur la poitrine, on voit sortir par la narine gauche une écume blanche et fine.

Le diaphragme à gauche remonte à la cinquième côte, on trouve à gauche vers la onzième côte sur la paroi postérieure du thorax quelques taches de Tardieu.

Sur le ventricule droit, au-dessous de la coronaire deux petites taches de Tardieu punctiformes.

Dans le cœur il y a du sang très liquide d'aspect asphyxique, principalement dans le ventricule droit.

On enlève les poumons, le cœur, le thymus et la trachée qui surnagent dans l'eau. Sur le poumon d'un rose saumoné dont la couleur claire est marquée surtout en haut et sur les bords se trouvent quelques taches de Tardieu, principalement à la face antérieure du poumon droit. On sépare des poumons le thymus et le cœur; remis dans l'eau, les poumons surnagent parfaitement.

Lorsque la trachée est ouverte, on constate qu'elle est rouge en

haut et lorsqu'on presse sur les poumons, on fait sortir beaucoup de mousse. A la loupe on voit de l'air d'infiltration.

Les poumons coupés en petite masse surnagent.

L'estomac contient environ une cuillerée de mucus blanchâtre avec un peu d'air.

Rien à l'œsophage, rien dans le larynx, la base de la langue est congestionnée.

En arrière de la bosse pariétale droite, il y a une ecchymose épiceranienne large comme une pièce de 50 centimes avec un peu d'œdème, une ecchymose grande comme une lentille à la bosse occipitale du côté gauche.

Le foie qui pèse 125 grammes est très congestionné, et laisse s'écouler beaucoup de sang. La rate pèse 10 grammes.

Pas d'hémorragie méningée, le cerveau est également très congestionné. Rien d'anormal dans le canal rachidien.

Le point d'ossification de Beclard existe dans les deux fémurs, il est petit; les quatre points du sternum existent également. Les cloisons alvéolaires du maxillaire inférieur sont complètes.

Conclusions : 1° L'enfant que nous avons eu à examiner est né à terme, bien constitué et viable;

2° Cet enfant a vécu et largement respiré;

3° L'enfant a succombé à deux causes de mort distinctes; d'après ce qu'a démontré l'autopsie, il y a eu strangulation et suffocation.

La première est certainement criminelle ainsi que le prouvent les traces d'ongles et les ecchymoses dans les muscles profonds du cou.

La main a été portée sur le cou, et il n'est pas possible d'invoquer l'action de cette main pour dégager la tête se présentant à la vulve. *La région du cou a été violemment serrée et il y a eu strangulation criminelle capable à elle seule de déterminer la mort.*

La suffocation peut ne pas laisser de traces extérieures et est prouvée surtout par l'état des poumons, l'existence de taches de Tardieu. Nous laissons à l'enquête le soin de vérifier l'exactitude du récit de la fille F., en ajoutant que dans ce cas la suffocation

pourrait être accidentelle, *mais qu'il n'en reste pas moins établi que l'enfant a succombé aux suites de la strangulation.*

N. B. — La fille F. fut condamnée à deux ans de prison.

OBSERVATION IX (inédite)

(Due à l'obligeance de M. le Dr Paul Hervé).

Le 15 février 1892 j'ai procédé à l'amphithéâtre de l'hôpital du Mans à l'autopsie d'un enfant nouveau-né issu de la fille D., accusée d'infanticide.

Enfant du sexe masculin, le corps a 48 centimètres de longueur et pèse 2 kg. 170; les ongles aux mains et aux pieds atteignent l'extrémité des doigts et des orteils; les testicules sont descendus dans les bourses; il n'y a pas de putréfaction, la rigidité cadavérique existe.

Le point d'ossification de l'extrémité inférieure du fémur n'est pas encore apparent, mais le bord supérieur du maxillaire inférieur présente de chaque côté de la ligne médiane quatre alvéoles dentaires complètement cloisonnées.

La face est légèrement colorée, les lèvres *présentent une teinte noirâtre, cyanosée.*

Le cordon n'a pas été rompu, il a été coupé à 33 centimètres, la surface de section est absolument nette, il ne porte aucune trace de ligature.

J'ai constaté des traces de violence dans les régions suivantes :

1° Au niveau de la narine gauche, petite excoriation parcheminée;

2° Au niveau du bord inférieur du maxillaire inférieur, à gauche de la ligne médiane, ecchymose au-dessous de laquelle, dans le tissu cellulaire sous-cutané, se voit une extravasation sanguine assez étendue;

3° A la partie antérieure du cou, en avant du larynx, trois ecchymoses violacées; en tendant un peu la peau, j'ai pu constater

au centre de ces ecchymoses *une dépression en forme de sillon curviligne à concavité regardant en haut*, cette dépression a évidemment été produite par les ongles ; en disséquant cette région, j'ai constaté au dessous de l'aponévrose superficielle des extravasations sanguines très manifestes.

4° Enfin, à la partie supérieure de la poitrine, du côté gauche, au-dessous de la clavicule, on voit deux légères excoriations épidermiques.

Ouverture du Thorax. — Les poumons, d'une coloration rosée, sont complètement dilatés par l'air, on distingue à leur surface particulièrement au niveau de la base et du bord postérieur quelques ecchymoses sous-pleurales.

Détachés en masse avec le cœur et plongés dans un vase rempli d'eau, ils surnagent.

Séparés du cœur et du thymus, coupés en petits morceaux, fortement comprimés sous l'eau, ils continuent à surnager.

Le cœur, bien conformé, ne contient pas de sang.

Rien à signaler du côté de la trachée et du larynx.

Examen de la cavité abdominale. — L'estomac contient une petite quantité de mucus aéré.

Le rectum est vide, mais le côlon descendant et l'S iliaque sont remplis de méconium.

Les autres organes ne présentent rien de particulier à signaler.

Crâne et centres nerveux. — Sous le cuir chevelu, dans la région pariétale gauche, épanchement de sang coagulé. Pas de fracture du crâne. A la surface du cerveau, *suffusion sanguine assez abondante*.

Conclusions. — 1° Cet enfant est né viable, mais il n'est pas né tout à fait à terme, ainsi que le prouve l'absence du point osseux épiphysaire de l'extrémité inférieure du fémur ; il est né à la fin du huitième mois ou au commencement du neuvième.

2° Il a vécu, il a respiré complètement.

Il est mort peu de temps après sa naissance.

4° Sa mort doit être attribuée à l'asphyxie déterminée par l'application de la main sur la face et surtout par une forte pression des doigts au-devant du cou.

N. B. — Au cours de l'instruction la fille D. avoua avoir fortement comprimé le cou de son enfant pour l'empêcher de crier ; elle fut acquittée cependant, le défenseur ayant eu assez d'habileté pour faire admettre au jury qu'il y avait eu simplement une pression malheureusement trop forte au-devant du cou, mais que jamais la mère n'avait eu l'intention bien ferme de tuer son enfant.

OBSERVATION X

(Tardieu. — Inf. obs. XXVIII résumée.)

Strangulation et suffocation.

Enfant du sexe féminin à terme. Nez aplati, empreinte de pression de chaque côté du nez. Au cou, peau très rouge, chagrinée. De chaque côté du larynx, ecchymoses en forme d'ongle, trois à gauche, une à droite, tournées en dedans. Infiltration sous-jacente. La mère prétend avoir été obligée de sortir l'enfant par le cou. Le siège et la forme des traces de violence sont en opposition formelle avec cette allégation.

IV

OBSERVATION XI

(Due à l'obligeance de M. le Dr Paul Hervé)

Disposition particulière du cordon.

Nous soussigné Docteur en médecine de la Faculté de Paris, commis par ordonnance de M. le Juge d'Instruction près le Tri-

bunal de première instance du Mans, en date du 27 mars 1892, à l'effet de nous transporter à Mont-Saint-Jean pour y procéder à l'autopsie d'un enfant nouveau-né, de rechercher si cet enfant est né viable, s'il a vécu et quelles ont été les causes de la mort; serment préalablement prêté, nous nous sommes rendu à Mont-Saint-Jean ledit jour pour y remplir la mission qui nous était confiée.

Le cadavre est celui d'un enfant nouveau-né, du sexe féminin, pesant 2 kg. 970 et mesurant 51 centimètres de longueur; il a conservé l'attitude du fœtus enfermé dans la cavité utérine; il est en quelque sorte pelotonné sur lui-même: les membres supérieurs sont croisés en avant de la poitrine, l'avant-bras fléchi sur le bras; les jambes sont fléchies sur les cuisses et les cuisses sur le bassin.

La putréfaction est commencée.

Les ongles bien conformés atteignent l'extrémité des doigts et des orteils, les cheveux sont assez abondants.

La face est rosée, les lèvres sont *cyanosées noirâtres*; *il n'existe sur les différentes parties du corps aucune trace de violences, aucune érosion, aucune ecchymose.*

Les fesses et la partie postérieure des cuisses sont souillées de méconium.

Le cordon ombilical long de 89 centimètres est desséché, aplati en certains endroits, flasque et mou en d'autres; son extrémité libre est irrégulière et déchiquetée, ce qui prouve qu'il a été violemment rompu; il ne porte aucune trace de ligature.

Ce cordon offre en outre une disposition spéciale qu'il est très important de signaler: parti de l'ombilic il remonte en haut à gauche et en arrière, en contournant la partie latérale gauche du thorax, puis il traverse obliquement de gauche à droite et de bas en haut la région dorsale, passe sous l'aisselle droite et arrive au niveau du cou, autour duquel il décrit un circulaire et demi; il est assez facile de glisser le doigt entre ce circulaire et la peau, *mais il ne faut pas oublier qu'au moment de l'autopsie le cordon est flétri, en partie desséché, d'un volume moindre; tandis qu'au moment de la naissance, plus gros et plus ferme, il devait à coup sûr exercer une pression assez*

forte autour de la région cervicale qui, d'ailleurs, n'est le siège d'aucune excoriation, d'aucune empreinte suspecte, d'aucune ecchymose.

Ouverture de la cavité thoracique. — Les poumons sont petits, rosés, mais cette coloration n'est pas uniforme; ça et là existent des plaques d'une teinte bleuâtre; nous remarquons à leur surface plusieurs ecchymoses sous-pleurales (3 ou 4 sur chaque poumon).

Nous les retirons de la poitrine en même temps que le cœur et le thymus, et toute cette masse plongée dans un vase rempli d'eau surnage; isolés, les poumons surnagent encore; enfin, nous les coupons en un grand nombre de fragments et chacun de ces fragments continue à flotter à la surface de l'eau, même après avoir été fortement comprimés entre les doigts. En les divisant nous avons remarqué qu'ils laissaient écouler une assez grande quantité de sang spumeux.

Le cœur et le péricarde sont normaux; les cavités du cœur contiennent une petite quantité de sang liquide.

Le larynx et la trachée sont vides.

Cavité abdominale. — L'estomac renferme une petite quantité d'une matière blanchâtre, épaisse, visqueuse, *non aérée*.

L'intestin grêle est vide, présente une teinte d'un jaune verdâtre, et son extrémité inférieure contient encore une grande quantité de méconium.

Le foie est volumineux.

La rate et les reins sont normaux.

La vessie est vide.

Tête et cavité crânienne. — Le cuir chevelu n'est le siège d'aucune lésion, les os du crâne ne sont pas fracturés. Les méninges et le cerveau sont légèrement congestionnés.

Maxillaire inférieur. — Le maxillaire inférieur contient de chaque côté de la ligne médiane, quatre alvéoles dentaires nettement cloisonnées.

Extrémité inférieure du fémur. — Nous trouvons dans le cartilage de l'extrémité inférieure du fémur, un point d'ossification ayant 2 à 3 millimètres de diamètre.

Conclusions. — 1° L'enfant est né viable, il est né à terme;
2° Il a respiré;
3° L'absence de traces de violences ne permet pas d'admettre qu'il y ait eu crime;

4° A notre avis, la mort est due à l'obstacle apporté par le circulaire du cordon, à la pénétration de l'air dans les voies respiratoires; au moment de sa naissance l'enfant respirait, mais il respirait mal parce que le cordon enroulé autour du cou comprimait cette région; il est résulté de cette gêne une asphyxie assez rapide, l'enfant n'ayant reçu aucun secours.

L'asphyxie est démontrée par plusieurs signes (ecchymoses sous-pleurales des poumons, liquidité du sang dans les cavités du cœur, cyanose des lèvres).

OBSERVATION XI (inédite)

(Due à l'obligeance de M. le Dr Coutagne.)

Enfant nouveau-né du sexe masculin trouvé le 28 septembre 1890, dans l'égoût du quai Claude-Bernard.

Poids	2 k. 500
Taille	0 m. 48
Longueur du cordon	0 m. 29

Examen extérieur. — Le corps est entièrement couvert d'une vase fétide et épaisse avec quelques débris végétaux. Les cheveux sont ceux d'un enfant à terme.

Diamètre de la tête :

Bi-pariétal	78 mm.
Occipito mentonnier	121

Les cornées sont troubles il y a de fortes ecchymoses sous-conjonctivales (à droite).

La bouche entr'ouverte laisse voir la langue en arrière, les lèvres sont violacées. La face et le cou présentent une teinte verdâtre, la desquamation commence. Pas de corps étranger dans la cavité bucco-pharyngienne.

Rien de particulier à la poitrine. Cordon assez adhérent, sans traces de ligatures, coupé avec de mauvais ciseaux.

Organes génitaux bien développés.

Ongles atteignant le bord des doigts.

Sur le cou, la peau a une coloration rouge putride. Dans le tissu cellulaire sous-cutané deux ecchymoses nummulaires ayant 6 et 10 millimètres. Le sterno-cleido-mastoidien sous-jacent présente dans sa gaine de légères hémorragies.

Ouverture du cadavre. — Dans le tissu cellulaire situé dans la gaine de la glande sous-maxillaire et tout autour d'elle (côté droit) on aperçoit une hémorragie très abondante.

Les autres muscles de la région n'offrent rien de particulier.

Ecchymose sur toute la muqueuse buccale et en particulier sur la luvette.

Cœur : Il présente au moins une ecchymose sous-péricardique et renferme un peu de sang liquide.

Poumon : Ces organes présentent de nombreuses taches de Tardieu. Ils sont volumineux, de coloration claire. La docimasie donne les résultats suivants. L'organe entier surnage.

Il surnage également divisé en petits morceaux et les fragments continuent à surnager lorsqu'ils ont été exprimés, du moins en partie.

Ils laissent sourdre à la pression de l'écume fortement teintée ne ressemblant pas à la mousse des noyés. Les poumons dans leur ensemble sont modérément congestionnés. Le lobe inférieur du poumon gauche, divisé en petits fragments et exprimé, ne surnage plus. Dans le poumon droit, certaines parties exprimées coulent également. Les autres surnagent.

Estomac. — L'estomac contient des mucosités, sa muqueuse est pâle.

Cerveau. — Diffluent et congestionné. Les os du crâne sont normaux. Il y a deux bosses sanguines contenant l'une et l'autre du sang caillé noir assez abondant pour qu'une très petite quantité seulement ait eu le temps de se résorber.

Le foie présente un volume ordinaire. L'intestin est plein de méconium.

Le point d'ossification de Béclard existe, il en est de même des autres points du sternum.

Conclusions. — 1° Cet enfant né à terme a respiré presque complètement et a survécu quelques instants ;

2° La mort est due à l'asphyxie ;

3° Cette asphyxie a été produite par la pression des doigts sur le cou. Mais, eu égard à la longueur du travail, il se peut que des ecchymoses aient été produites par des efforts de délivrance, dans un accouchement clandestin. La mort date d'un à trois jours.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Dans les Annales d'hygiène et de médecine légale.

1830. *Remer*. — Matériaux pour l'examen médico-légal de la mort par strangulation.
1832. *Fleichman* (Traduit par Pâris), — Des différents genres de mort par strangulation.
1835. *Taußlieb*. — Strangulation des nouveau-nés par le cordon ombilical.
1841. *Decaisne*. — Rapport médico-légal sur un cas d'infanticide par strangulation.
1839. *Tardieu*. — Etude médico-légale sur la strangulation.
1882. *Laroche*. — Importance de l'étude des empreintes, strangulation et suffocation.
- Briand et Chaudé*. — Manuel complet de médecine légale. Paris, 1874.
- Chartier*. — Examen médico-légal et autopsie des enfants nouveau-nés. Thèse de Lyon.
- Dechambré*. — Dict. encycl. des sciences médicales. Art. STRANGULATION et INFANTICIDE par *Tourdes*.

Devergie. — Médecine légale théorique et pratique en 3 volumes.
Paris, 1840.

Dumas. — Du libéricide ou du meurtre des enfants mineurs par
leurs parents. Thèse de Lyon (1892).

Jobert. — Des gauchers comparés aux droitiers. Thèse de Lyon.

Lacassagne. — Précis de médecine judiciaire. (Paris).

— Vade-mecum du médecin expert (1892).

Masson. — Essai sur l'histoire et le développement de la
médecine légale. Thèse de Lyon, 1884.

Saint-Cyr. — Du cordon ombilical au point de vue médico-
judiciaire.

Tardieu. — Etude médico-légale sur l'infanticide. Paris, 1868.

— Etude médico-légale sur la pendaison, la suffocation
et la strangulation. Paris, 1870.

Vibert. — Précis de médecine légale (Paris).

Villebrun. — Des ongles, leur importance en médecine judiciaire.
Thèse de Lyon (1883).

TABLE

INTRODUCTION.	5
CHAPITRE PREMIER. — Définition. — Historique	9
CHAPITRE II. — Fréquence de ce genre d'infanticide comparé aux autres	14
CHAPITRE III. — Signes de l'infanticide par strangulation. . .	19
Strangulation par les mains.	21
Strangulation par un lien.	25
CHAPITRE IV. — Strangulation et suffocation combinées. . .	32
CHAPITRE V. — Causes d'erreur.	37
CONCLUSIONS.	51
OBSERVATIONS	53
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.	76

